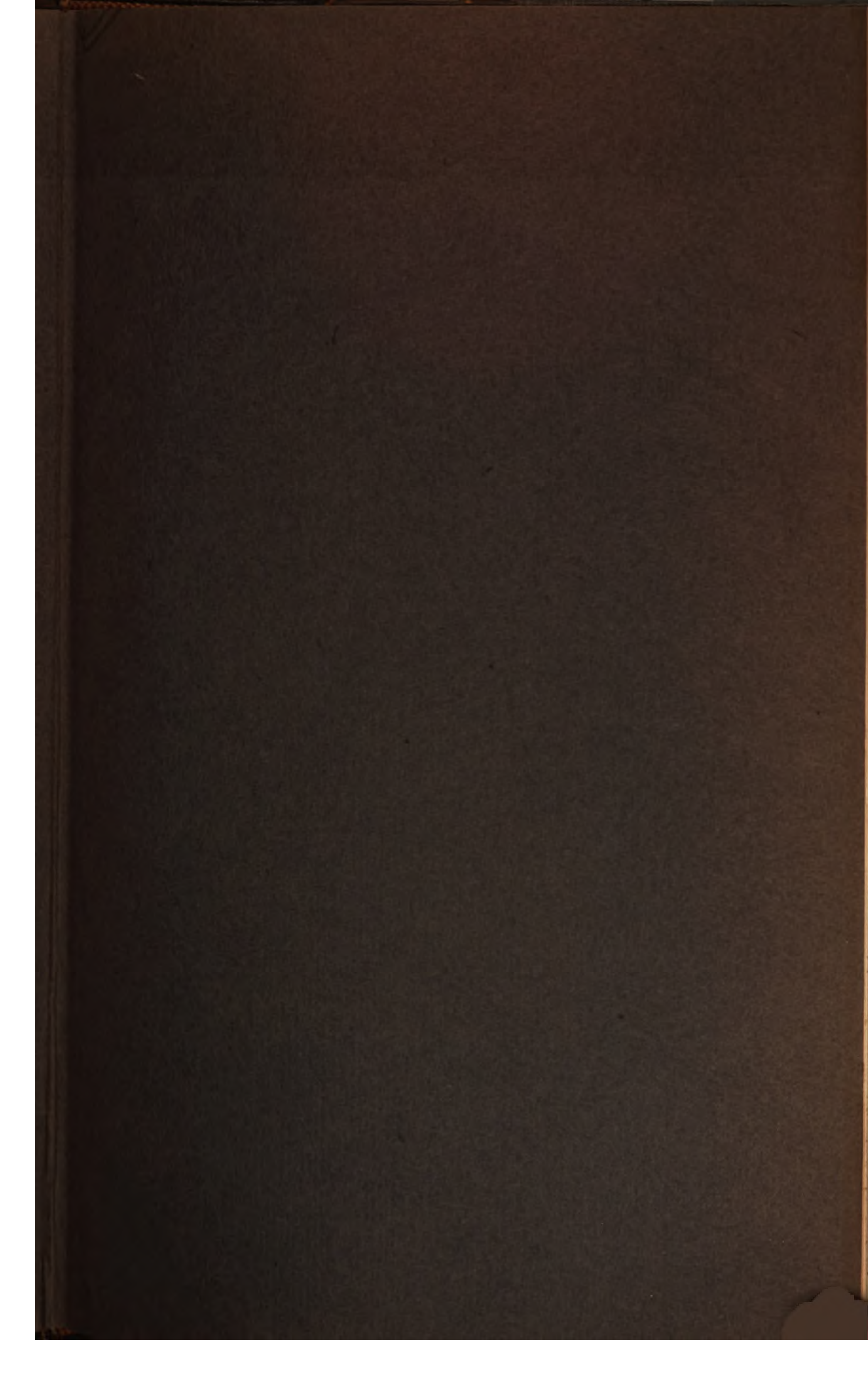
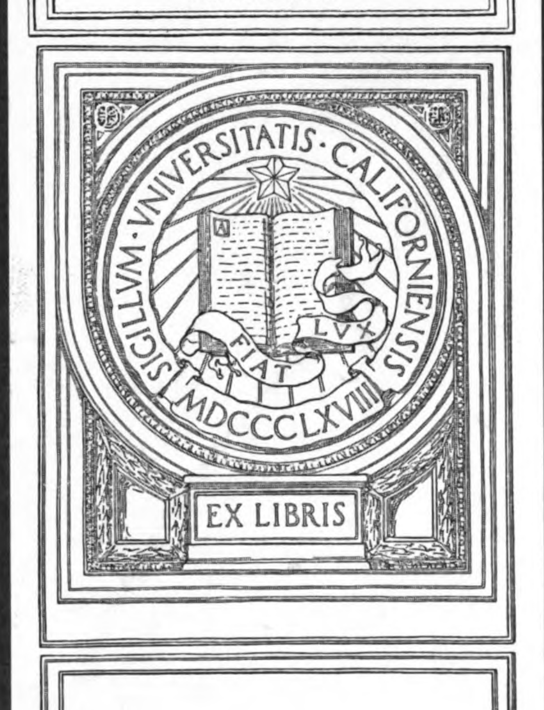
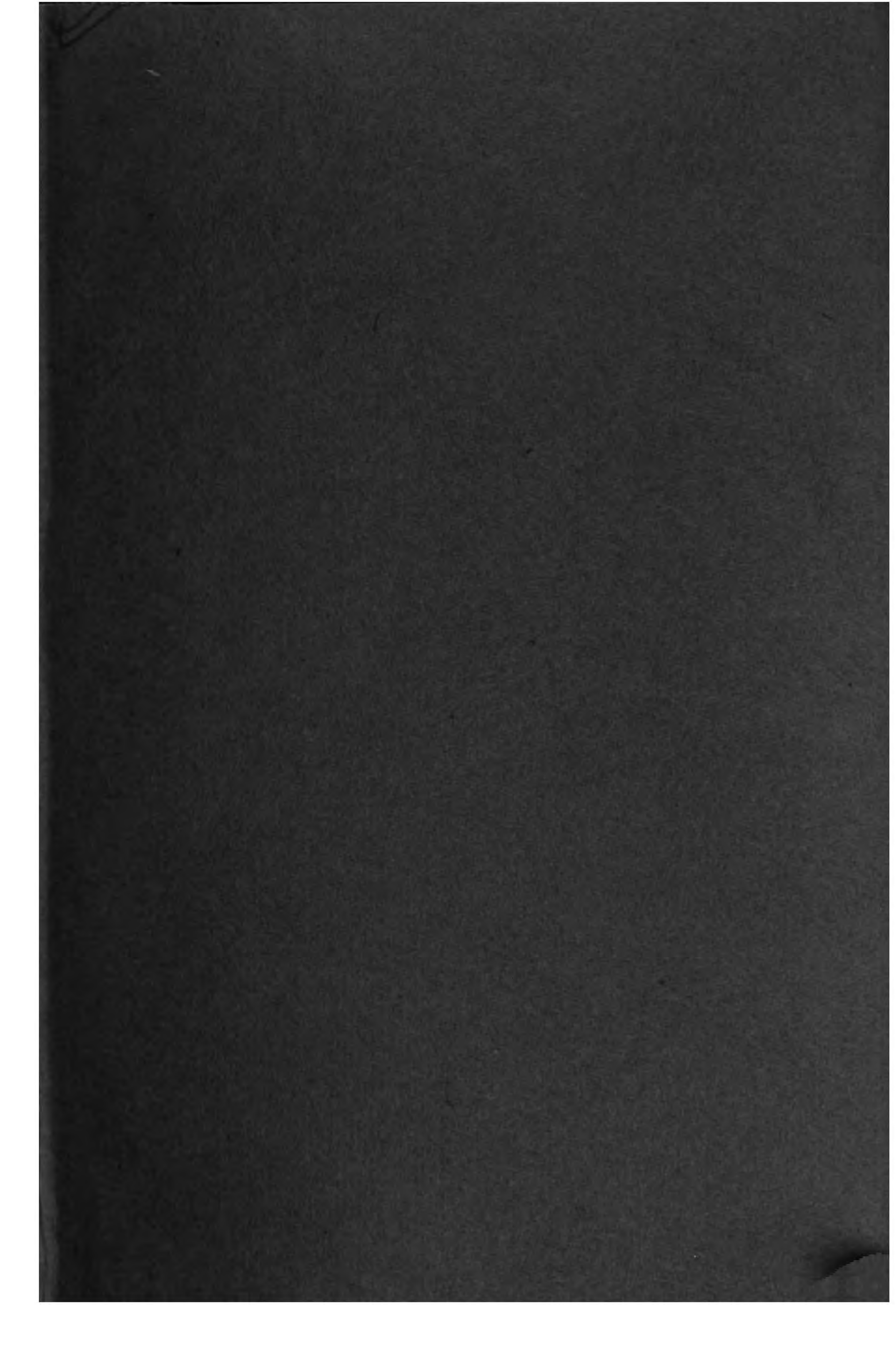
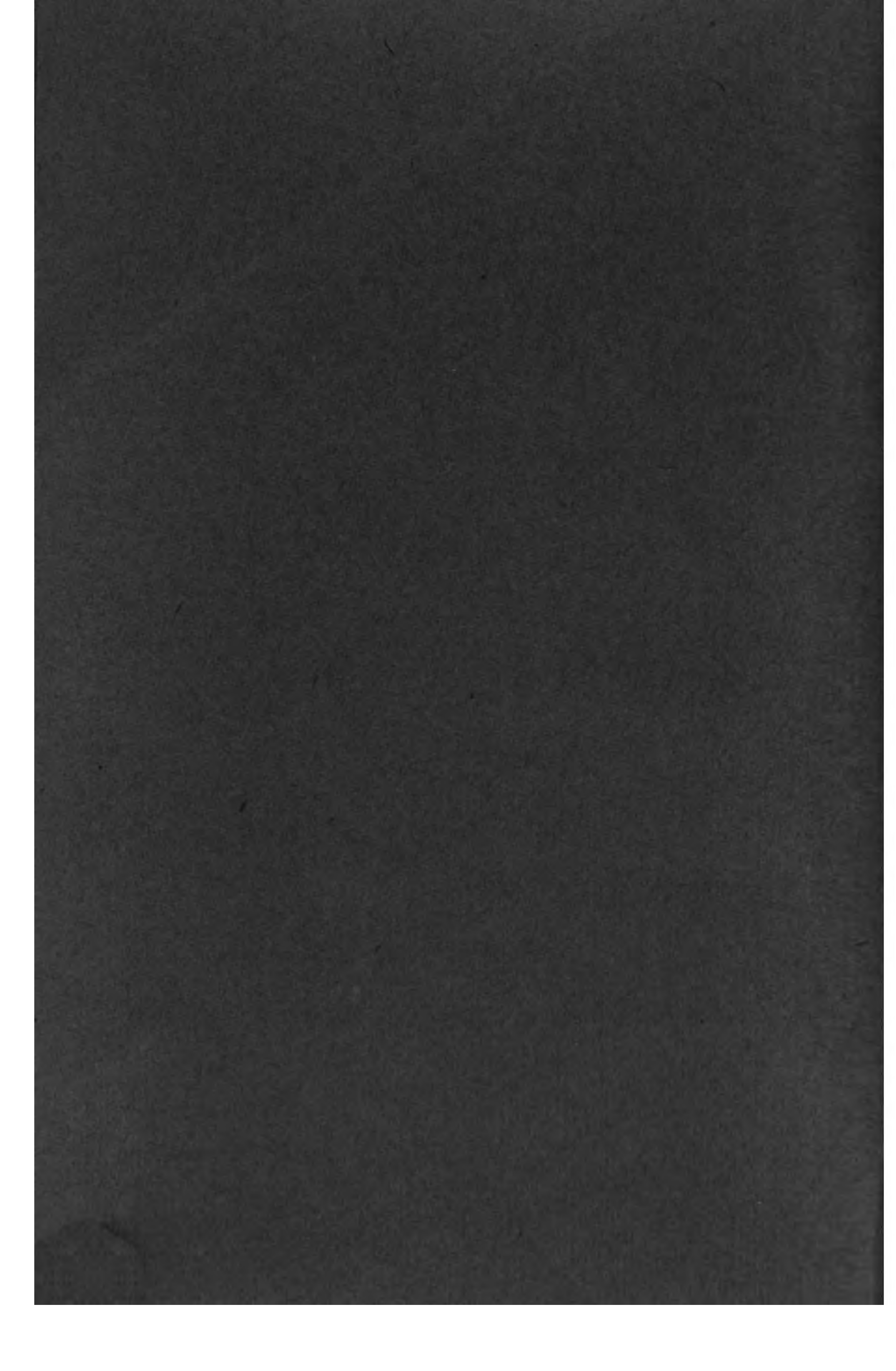








Zentralblatt
für die gesamte Chirurgie
und ihre Grenzgebiete

Unter ständiger Aufsicht der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

herausgegeben von

A. Bier Berlin — **A. Frh. v. Eiselsberg** Wien — **O. Hildebrand** Berlin — **A. Köhler** Berlin — **E. Küster** Berlin

F. de Quervain Basel — **V. Schmieden** Berlin

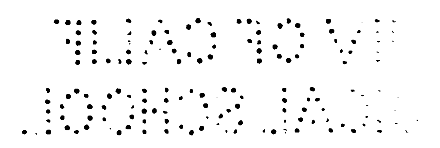
Schriftleitung:

Dr. C. Franz, Berlin

Erster Band



Berlin
Verlag von Julius Springer
1913



Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig

Inhaltsverzeichnis des I. Bandes.

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:
3. 49. 89. 137. 169. 201. 233. 281. 313. 393. 489. 537. 633. 665. 713. 777.

Infektions- und parasitäre Krankheiten:
7. 51. 92. 138. 202. 234. 282. 318. 397. 492. 543. 634. 667. 716. 778.

Geschwülste:
9. 54. 93. 141. 171. 174. 205. 239. 285. 323. 400. 495. 550. 637. 670. 717. 783.

Verletzungen:
12. 95. 141. 175. 206. 241. 285. 327. 404. 497. 554. 637. 671. 717. 786.

Kriegschirurgie:
14. 142. 175. 206. 243. 285. 328. 406. 554. 672. 719. 787.

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:
15. 96. 142. 207. 243. 286. 330. 408. 497. 556. 638. 674. 724. 787.

Desinfektion:
20. 143. 246. 289. 331. 414. 499. 560. 640. 676. 725. 789.

Instrumente, Apparate, Verbände:
20. 55. 96. 145. 178. 208. 247. 289. 331. 416. 499. 561. 641. 676. 726. 790.

Radiologie:
21. 58. 97. 178. 208. 247. 290. 332. 416. 499. 562. 678. 726. 791.

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:
22. 60. 98. 146. 179. 209. 248. 291. 333. 417. 500. 563. 642. 678. 727. 791.

Hirnhäute, Gehirn:
23. 60. 100. 147. 179. 210. 250. 292. 334. 418. 500. 564. 642. 678. 729. 792.

Hypophyse:
23. 101. 212. 252. 293. 501. 567. 643. 679. 794.

Auge:
24. 62. 102. 148. 213. 253. 293. 337. 421. 502. 567. 643. 680. 738. 796.

Nase:
24. 63. 102. 148. 180. 253. 293. 338. 421. 502. 568. 643. 680. 796.

Ohr:
25. 103. 149. 293. 339. 422. 503. 569. 681. 797.

Mund:
26. 64. 104. 149. 214. 253. 339. 422. 504. 569. 644. 681. 739. 797.

Wirbelsäule:
26. 66. 104. 149. 214. 255. 294. 341. 425. 572. 645. 740. 798.

Rückenmark, peripherisches und sympathisches Nervensystem:
27. 105. 149. 181. 215. 255. 342. 427. 506. 574. 645. 741. 800.

Hals.

Allgemeines:
28. 67. 216. 256. 294. 344. 427. 507. 574. 682. 743. 801.

Kehlkopf und Luftröhre:
29. 68. 150. 181. 216. 256. 295. 344. 427. 508. 575. 682. 803.

Schilddrüse:
30. 69. 106. 217. 257. 295. 345. 428. 508. 576. 645. 684. 804.

Thymus:
33. 70. 107. 182. 218. 259. 297. 430. 509. 685.

Brust.

Allgemeines:
107. 182. 218. 432. 510. 578. 744.

Brustwand:
33. 108. 150. 183. 218. 260. 297. 348. 432. 578. 646. 686. 807.

Speiseröhre:
34. 109. 183. 219. 261. 349. 432. 511. 580. 646. 687. 744.

Brustfell:
35. 110. 151. 183. 262. 298. 350. 511. 580. 746. 807.

Lungen:
35. 71. 151. 184. 219. 262. 299. 350. 434. 511. 580. 647. 687. 746. 808.

Herzbeutel, Herz:
110. 151. 184. 219. 262. 355. 437. 647. 690. 748.

Mittelfell:
110. 690. 808.

Bauch und Becken.

Allgemeines:
36. 71. 111. 152. 185. 220. 263. 299. 356. 438. 512. 583. 647. 690. 748. 809.

Bauchwand:
811.

Bauchfell:
38. 112. 185. 265. 360. 447. 515. 588. 649. 692. 812.

Hernien:
39. 73. 113. 152. 186. 221. 265. 361. 447. 516. 589. 692. 749. 812.

Magen, Dünndarm:
39. 74. 114. 154. 186. 222. 266. 300. 362. 452. 516. 590. 649. 693. 749. 813.

Wurmfortsatz:
41. 76. 119. 155. 189. 224. 269. 302. 366. 460. 518. 598. 652. 699. 758. 821.

Dickdarm und Mastdarm:
42. 77. 119. 157. 190. 224. 271. 302. 369. 461. 519. 598. 653. 700. 758. 823.

Leber und Gallengänge:
44. 78. 120. 157. 190. 226. 273. 372. 464. 520. 601. 654. 702. 759. 826.

Pankreas:
45. 78. 120. 157. 191. 227. 274. 303. 374. 467. 523. 603. 704. 761.

Milz:
79. 158. 191. 227. 467. 604. 655. 705. 761.

Nebennieren:
303. 374. 468. 523. 605. 655.

Harnorgane:
46. 80. 121. 158. 192. 227. 275. 304. 375. 469. 524. 605. 656. 705. 762. 828.

Männliche Geschlechtsorgane:
46. 81. 127. 164. 196. 230. 276. 308. 382. 478. 528. 614. 659. 708. 769. 834.

Weibliche Geschlechtsorgane:
47. 83. 129. 164. 197. 230. 277. 383. 478. 530. 618. 709. 839.

Gliedmaßen.

Allgemeines:
84. 129. 165. 231. 277. 309. 386. 481. 531. 620. 661. 709. 770. 839.

Obere Gliedmaßen:
47. 84. 131. 165. 198. 231. 279. 310. 387. 483. 532. 626. 662. 709. 773. 843.

Untere Gliedmaßen:
48. 85. 133. 166. 198. 232. 279. 311. 388. 484. 533. 627. 663. 711. 773. 845.

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie
Band I, Heft 1 und ihre Grenzgebiete S. 1—48

Zur Einführung.

Die deutsche Gesellschaft für Chirurgie vereinigt auf ihrem alljährlich wiederkehrenden Kongreß die Fachgenossen des gesamten deutschen Sprachgebietes, sowie zahlreiche Vertreter ihrer Grenzgebiete zu regem Gedankenaustausch. Der Berliner Chirurgenkongreß stellt den Brennpunkt für die Erörterung wichtiger Tagesfragen unserer Wissenschaft dar. Um aber dem gesamten uns interessierenden Forschungsgebiete aller Länder eine zusammenfassende, möglichst vollständige Darstellung für wissenschaftliche und praktische Zwecke zu ermöglichen, dazu werden die Kongreßberichte weniger Tage nie ausreichen, und so folgte die Gesellschaft mit Freuden einer an sie herantretenden Anregung, auf breitester Grundlage ein neues „Zentralblatt für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete“ zu begründen. Sie beauftragte auf der Tagung des Jahres 1912 die unterzeichnete Herausgeberkommission mit der Verwirklichung des Planes.

Unverzüglich setzte die Vorarbeit ein; das Blatt beginnt mit dem Bericht über die Literatur des Jahres 1913 und heute liegt sein erstes Heft vor uns.

Die Arbeit, die in diesem Zentralblatt geleistet werden soll, die Aufgaben, die es sich zuweist, gipfeln in dem Ziel, gegenüber der immer weiter fortschreitenden Spezialisierung in eine Anzahl kleinerer Fächer eine Zusammenfassung des ganzen großen Gebietes immer und immer wieder vor Augen zu stellen und ihre Ergebnisse jedem Arzte schnell zugänglich zu machen.

Dies geschieht durch die systematisch geordnete Publikation streng wissenschaftlicher Referate der gesamten chirurgischen Weltliteratur. Es soll alles Berücksichtigung finden, was den wissenschaftlich arbeitenden und der ständigen Fühlung mit den modernen Fortschritten bedürftigen, praktischen Chirurgen irgend interessiert. Auf Grund einer sorgfältig ausgearbeiteten Organisation sollen alle Referate mit der erreichbar größten Schnelligkeit und Vollständigkeit erstattet werden. — Während Originalartikel und Sammelreferate, ebenso auch zusammenhängende Sitzungsberichte nicht im Plane des neuen Blattes liegen (nur die Vorträge des alljährlichen Berliner Chirurgenkongresses werden durch eine besondere Randnote gekennzeichnet werden), wird sich das Zentralblatt ganz auf seine Aufgabe beschränken, durch ein besonders vorgearbeitetes System und stets gleichbleibende Stoffeinteilung in jeder Nummer einen Überblick über die Neuerscheinungen auf den verschiedenen Einzelgebieten zu ermöglichen; es wird versuchen, aus der Mosaikarbeit der Referenten ein einheitliches Gesamtbild zusammenzufügen und dieses rasch seinem Leserkreise zu projizieren. Jeder

Brust.
Allgemeines:
107. 182. 218. 432. 510. 578. 744.
Brustwand:
33. 108. 150. 183. 218. 260. 297. 348. 432. 578. 646. 686. 807.
Speiseröhre:
34. 109. 183. 219. 261. 349. 432. 511. 580. 646. 687. 744.
Brustfell:
35. 110. 151. 183. 262. 298. 350. 511. 580. 746. 807.
Lungen:
35. 71. 151. 184. 219. 262. 299. 350. 434. 511. 580. 647. 687. 746. 808.
Herzbeutel, Herz:
110. 151. 184. 219. 262. 355. 437. 647. 690. 748.
Mittelfell:
110. 690. 808.
Bauch und Becken.
Allgemeines:
36. 71. 111. 152. 185. 220. 263. 299. 356. 438. 512. 583. 647. 690. 748. 809.
Bauchwand:
811.
Bauchfell:
38. 112. 185. 265. 360. 447. 515. 588. 649. 692. 812.
Hernien:
39. 73. 113. 152. 186. 221. 265. 361. 447. 516. 589. 692. 749. 812.
Magen, Dünndarm:
39. 74. 114. 154. 186. 222. 266. 300. 362. 452. 516. 590. 649. 693. 749. 813.
Wurmfortsatz:
41. 76. 119. 155. 189. 224. 269. 302. 366. 460. 518. 598. 652. 699. 758. 821.
Dickdarm und Mastdarm:
42. 77. 119. 157. 190. 224. 271. 302. 369. 461. 519. 598. 653. 700. 758. 823.
Leber und Gallengänge:
44. 78. 120. 157. 190. 226. 273. 372. 464. 520. 601. 654. 702. 759. 826.
Pankreas:
45. 78. 120. 157. 191. 227. 274. 303. 374. 467. 523. 603. 704. 761.
Milz:
79. 158. 191. 227. 467. 604. 655. 705. 761.
Nebennieren:
303. 374. 468. 523. 605. 655.
Harnorgane:
46. 80. 121. 158. 192. 227. 275. 304. 375. 469. 524. 605. 656. 705. 762. 828.
Männliche Geschlechtsorgane:
46. 81. 127. 164. 196. 230. 276. 308. 382. 478. 528. 614. 659. 708. 769. 834.
Weibliche Geschlechtsorgane:
47. 83. 129. 164. 197. 230. 277. 383. 478. 530. 618. 709. 839.
Gliedmaßen.
Allgemeines:
84. 129. 165. 231. 277. 309. 386. 481. 531. 620. 661. 709. 770. 839.
Obere Gliedmaßen:
47. 84. 131. 165. 198. 231. 279. 310. 387. 483. 532. 626. 662. 709. 773. 843.
Untere Gliedmaßen:
48. 85. 133. 166. 198. 232. 279. 311. 388. 484. 533. 627. 663. 711. 773. 845.

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete

Band I, Heft 1 S. 1—48

Zur Einführung.

Die deutsche Gesellschaft für Chirurgie vereinigt auf ihrem alljährlich wiederkehrenden Kongreß die Fachgenossen des gesamten deutschen Sprachgebietes, sowie zahlreiche Vertreter ihrer Grenzgebiete zu regem Gedankenaustausch. Der Berliner Chirurgenkongreß stellt den Brennpunkt für die Erörterung wichtiger Tagesfragen unserer Wissenschaft dar. Um aber dem gesamten uns interessierenden Forschungsgebiete aller Länder eine zusammenfassende, möglichst vollständige Darstellung für wissenschaftliche und praktische Zwecke zu ermöglichen, dazu werden die Kongreßberichte weniger Tage nie ausreichen, und so folgte die Gesellschaft mit Freuden einer an sie herantretenden Anregung, auf breitester Grundlage ein neues „Zentralblatt für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete" zu begründen. Sie beauftragte auf der Tagung des Jahres 1912 die unterzeichnete Herausgeberkommission mit der Verwirklichung des Planes.

Unverzüglich setzte die Vorarbeit ein; das Blatt beginnt mit dem Bericht über die Literatur des Jahres 1913 und heute liegt sein erstes Heft vor uns.

Die Arbeit, die in diesem Zentralblatt geleistet werden soll, die Aufgaben, die es sich zuweist, gipfeln in dem Ziel, gegenüber der immer weiter fortschreitenden Spezialisierung in eine Anzahl kleinerer Fächer eine Zusammenfassung des ganzen großen Gebietes immer und immer wieder vor Augen zu stellen und ihre Ergebnisse jedem Arzte schnell zugänglich zu machen.

Dies geschieht durch die systematisch geordnete Publikation streng wissenschaftlicher Referate der gesamten chirurgischen Weltliteratur. Es soll alles Berücksichtigung finden, was den wissenschaftlich arbeitenden und der ständigen Fühlung mit den modernen Fortschritten bedürftigen, praktischen Chirurgen irgend interessiert. Auf Grund einer sorgfältig ausgearbeiteten Organisation sollen alle Referate mit der erreichbar größten Schnelligkeit und Vollständigkeit erstattet werden. — Während Originalartikel und Sammelreferate, ebenso auch zusammenhängende Sitzungsberichte nicht im Plane des neuen Blattes liegen (nur die Vorträge des alljährlichen Berliner Chirurgenkongresses werden durch eine besondere Randnote gekennzeichnet werden), wird sich das Zentralblatt ganz auf seine Aufgabe beschränken, durch ein besonders vorgearbeitetes System und stets gleichbleibende Stoffeinteilung in jeder Nummer einen Überblick über die Neuerscheinungen auf den verschiedenen Einzelgebieten zu ermöglichen; es wird versuchen, aus der Mosaikarbeit der Referenten ein einheitliches Gesamtbild zusammenzufügen und dieses rasch seinem Leserkreise zu projizieren. Jeder

Band erhält ein sorgfältiges Register; am Ende jeden Jahres soll noch ein ausführliches, nach Materien geordnetes Jahresregister zur Ausgabe gelangen.

Es werden nur unparteiische Referate, keine Kritiken geliefert; die Schriftleitung wird unermüdlich daran arbeiten, daß das Wesentliche hervortritt und das Kasuistische zurücktritt. Wichtige Mitteilungen, die Neues bringen, sollen so referiert werden, daß die Lektüre des Originalaufsatzes nicht unbedingt nötig ist. Jede Arbeit wird einem sachkundigen Spezialreferenten überwiesen.

Welche Grenzgebiete wir im Rahmen des neuen Zentralblattes neben der Chirurgie kurz mitberücksichtigen, welche Einteilung wir getroffen, welche Form dem Ganzen gegeben wurde, welche Referate wir durch Austausch mit einer erwählten Anzahl verwandter Zeitschriften erwerben — das alles mögen unsere Leser aus dem vorliegenden ersten und den nächstfolgenden Heften entnehmen; wir aber hoffen, daß sich unsere Maßnahmen bewähren mögen.

Die weit über Erwarten große Zahl von Abonnenten, die schon vor dem Erscheinen des 1. Heftes das Gelingen des großangelegten Planes gewährleisten, und die große Zahl der Referenten begrüßen wir, wie alle unsere Leser mit dem Wunsche, daß das wöchentlich erscheinende Zentralblatt ihnen bei theoretischer und praktischer Arbeit ein unentbehrlicher Führer werden möge, und wünschen ihm selbst bei seinem Erscheinen Glück auf den Weg!

Die vom Ausschuß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie
eingesetzte Herausgeberkommission.

A. Bier, A. Frh. v. Eiselsberg, O. Hildebrand, A. Köhler, E. Küster,
F. de Quervain, V. Schmieden.

Referate.

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Pozzi, S., Vie autonome d'appareils viscéraux séparés de l'organisme d'après les nouvelles expériences du Dr. Alexis Carrel. (Selbständiges Leben der vom Organismus getrennten Eingeweide nach den neuen Erfahrungen von Carrel). Bull. méd. **27,** S. 27—28. 1913.

Pozzi teilt einen neuen, aufsehenerregenden Versuch Carrels mit: Einer ätherisierten Katze wurden unter aseptischen Kautelen die Brust- und Baucheingeweide im Zusammenhang (nach präliminarer Unterbindung der die Bauch- bzw. Brusthöhle verlassenden Gefäße) eventriert und sofort in Ringersche Lösung von 38° gebracht. Ohne künstliche Zirkulation arbeitete das Herz mit dem eigenen Blut des Tieres und der ganze Komplex konnte bis zu 13 Stunden überlebend erhalten und namentlich auch die Darmtätigkeit beobachtet werden: ein selbständiger Eingeweideorganismus, ohne Kopf und Glieder, ohne jede Verbindung mit dem Cerebrospinalsystem!

Kreuter (Erlangen).

Hédon, E., Les étapes des recherches physiologiques sur la vie des cellules et des tissus en dehors de l'organisme. (Die Entwicklung der physiologischen Untersuchungen über das Leben von Zellen und Geweben außerhalb des Organismus.) Presse méd. **21,** S. 1—4. 1913.

Die modernen Fortschritte auf diesem Gebiet gründen sich auf verschiedene Momente: verbesserte Technik; Ersatz des Serum durch die Ringer-Lockesche Lösung; Herabsetzung der Außentemperatur zur Verlangsamung der Lebensvorgänge; peinlichste Aseptik. Leukocyten von Kaltblütern konnte Jolly ein Jahr lang bei 0° am Leben erhalten; inwieweit die Erythrocyten der Säuger überlebensfähig sind, läßt sich noch nicht sagen. Menschliche Spermatozoen können bis zu 6 Tagen bei Gefriertemperatur leben, ertragen sogar eine Erniedrigung bis — 18° (Fleig). Von den Organen ist hervorzuheben, daß das Herz ohne Schwierigkeit bei künstlicher Durchströmung der Coronargefäße schlagfähig bleibt und beim Menschen selbst 20 Stunden nach dem Tode wieder belebt werden konnte (Kouliabko). Entsprechende Erscheinungen lassen sich auch an allen Organen mit glatten Muskelfasern und mit sympathischen Ganglien beobachten (Darm, Uterus usw.). Das Endothel der Gefäße ist außerordentlich widerstandsfähig und über Monate hinaus lebensfähig konservierbar (Carrel); die übrigen Teile der Gefäßwand hingegen gehen nach Überpflanzungen zugrunde und werden vom Körper substituiert. Sehr wenig zugänglich für künstliche Ernährung sind die Nerven und ihre Zentralorgane. In natürlichem Plasma gelingt es neuerdings, Kulturen von Geweben in vitro anzulegen. Der Beweis gelang zuerst Rott an embryonalen Geweben des Kaltblüters, Burrows beim Warmblüter. Die ausgebildeten Gewebe fangen in vitro erst nach verschieden langer Latenz an zu wachsen. Bisher glückten Kulturen von Bindegewebe, Drüsen und Geschwülsten. Sie behalten zunächst den Charakter des Muttergewebes und sind sogar fähig, Antikörper zu bilden, verlieren dann aber ihre Differenzierung und sterben wohl hauptsächlich aus Mangel an Sauerstoff ab. Durch Erneuerung des Nährsubstrates, abwechselnde Anwendung von Gefrier- und Bruttemperatur und infolge von Anpassung der Kulturen an das Medium gelang es Carrel bereits, ein künstliches Leben von 61 Tagen zu erzwingen. Durch weitere technische Verbesserungen sind auf diesem Gebiet noch ungeahnte Fortschritte und Aufschlüsse zu erwarten. *Kreuter* (Erlangen).

Kunze, Otto, Ein Beitrag zur Lehre von den Gewebsembolien. (*Herzogl. Krankenh., Braunschweig.*) Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. **45,** S. 72—84. 1913.

Ein kräftiger Mann, der mit großer Gewalt gegen einen Baum geschleudert wird, stirbt ganz plötzlich auf dem Transport zum Krankenhaus. Die Sektion ergibt, abgesehen von Rippenfrakturen, eine ausgedehnte Leberzerreißung. Größere und kleinere Leberstückchen wurden dabei losgerissen und von den Lebervenen durch das Herz in den Lungenkreislauf verschleppt. Zwei große Stücke verstopfen die Hauptäste der Pulmonalis und führten so zum plötzlichen Tode. *Naegeli* (Zürich).

Tubby, A. H., On shock. (Über den Shock.) Clin. journal **41,** S. 193—194. 1913.

Der Shock ist nach Crile und Mummery Folge einer Erschöpfung des Vasomotorenzentrums. Die Hauptursachen sind Reißen und Zerren an den Nerven und Eingeweiden und mangelnder Kohlensäuregehalt des Blutes. Verf. bespricht die Mittel, um ihn zu bekämpfen und zu vermeiden. Nach Rendle-Short wird vor Durchschneidung dicker Nervenstämme in dieselben Novocain injiziert, zur Hebung des Blutdruckes werden intravenöse Kochsalzinjektionen mit 1 : 50 000 Adrenalin oder Pituitrin und Bindenwicklung der Extremitäten empfohlen. Der zu starke Kohlensäureverlust wird behoben durch mit Kohlensäure gesättigte Salzwasserinjektionen, wird vermieden, wenn man zur Narkose Masken mit einem großen toten Raum verwendet und starke Exzitation zu Beginn derselben vermeidet. Der peritoneale Shock wird bekämpft durch Beckentieflagerung (halb sitzende Lage), reichliche rectale Infusionen, frühzeitige Darmanregung durch Pituitrin und kleine Dosen Kalomel. Endlich ist bei schwerem peritonealen Shock, Blutungen, Basedow usw. die intravenöse Narkose geboten. *Kulenkampff.*

La Fétra, L. E., An early case of chondrodystrophy with radiogram and necropsy. (Ein früherer Fall von Chondradystrophie mit Radiogramm und Autopsie.) Americ. journal of dis. of child. **5,** S. 18—24. 1913.

Bericht über einen Fall, der im Belleance Hosp. in New-York beobachtet und seziert wurde. Die auffallendsten Symptome in vivo waren die robbenähnliche Gestalt, Cyanose der ganzen Körperhaut, Exophthalmus und Kürze und Plumpheit der Extremitäten, die außerdem noch Deformitäten besonders an den Epiphysen aufwiesen. Genaue Maße demonstrieren die Verhältnisse. Röntgenaufnahmen brachten die abnorme Gestalt der Extremitätenknochen besonders gut zur Anschauung (Abb.) Vom Sektionsbefund ist hervorzuheben eine Hypoplasie der Thyreoidea, beide Lappen wogen 1 g. Mikroskopisch ergab sich eine hochgradige interstitielle Thyreoiditis. Die Haut und die Muskeln zeigten Infiltrate von Rundzellen. Die Schädelbasis wies Deformitäten um das Foramen magn. herum auf. Die Knorpelknochengrenze der Rippen war aufgetrieben; sie wurde zur mikroskopischen Untersuchung benützt und zeigte die typischen Veränderungen der Chondrodystrophie mit weitgehender schleimiger Degeneration der Knorpelzellen.

Der Fall ist nicht rein, er ist durch Mißbildungen noch kompliziert. Auffallend ist die Veränderung der Schilddrüse, der Verf. aber keine ätiologische Bedeutung für die Knochenerkrankung zuschreibt. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Ogata, M., Die Symptomatologie der Rachitis und Osteomalacie in Japan. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. **18,** S. 8—38. 1913.

Beobachtungen über eine im Jahre 1906 zufällig entdeckte, in der Provinz Toyama (Japan) endemisch auftretende Knochenerkrankung. Im Kindesalter (1 bis 15 Jahre) entsprechen die Veränderungen der Rachitis, mit deren Prodromalerscheinungen sie einsetzen. An der Wirbelsäule wird am häufigsten eine nach links konvexe Dorsalskoliose gesehen, am Thorax Verengerung der oberen Apertur, „Haushühnerbrust", eine Furche in Höhe des Zwerchfellansatzes, die auf Druck durch Tragbänder zurückgeführt wird. Als Kardinalsymptom wird eine umschriebene, daumengroße, kugelförmige Auftreibung an der Knorpelknochengrenze der Rippen bezeichnet, die besonders bei Kindern unter 6 Jahren gesehen wird. Im Alter von 1—2 Jahren sind Schädel, Thorax, obere und untere Extremitäten vorwiegend erkrankt, im Alter von 6—7 Jahren

Beine und Becken. Von Seiten der inneren Organe wurden Erkrankungen der Luftwege, Magen-Darm-Störungen, Verlagerung des Herzens durch Wirbelsäulenverbiegungen, Pulsfrequenz, Vermehrung der weißen, Verminderung der roten Blutzellen festgestellt. Im Alter von 16—25 Jahren erkranken vorwiegend Frauen, die Pubertät tritt verspätet ein. Am Skelett zeigt das Becken die schwersten Veränderungen (osteomalacisches Becken). Bei der Betrachtung von hinten ermöglichen der von Ogata gefundene Sulcus transversus und obliquus die Diagnose Osteomalacie; erstere Furche von dem herabgesunkenen Thorax und dem einwärts gebogenen Darmbeinkamm begrenzt, vorne auch in Nabelhöhe sichtbar, letztere dem Verlaufe der Roser-Nélaton-Linie entsprechend. Auch der „schmerzhafte Gang“ ist für Osteomalacie charakteristisch. Von Erwachsenen erkranken nur Frauen, die geboren haben, die Krankheit wird gewöhnlich aber erst bei der 2. oder 3. Gravidität manifest. Beckendeformitäten stehen im Vordergrunde. Die Geburten sind meistens leicht, da die räumliche Beschränkung meistens durch die Weichheit und Nachgiebigkeit der Knochen kompensiert wird. *Frangenheim* (Leipzig).

Schippers, J. C., Ein Fall von akuter aleukämischer Lymphadenose. (*Emma-Kinderkrankenh., Amsterdam.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 61—62. 1913.

Ein 7jähriges Kind erkrankte mehrmals mit Anfällen multipler Gelenk- und Lymphdrüsenschwellungen. Im Intervall war Wohlbefinden vorhanden. Nach einem besonders schweren derartigen Anfall traten vielfache Haut- und Zahnfleischblutungen auf. Schippers fand weiterhin bei dem Kinde eine Vergrößerung von Milz und Leber, Empfindlichkeit der langen Röhrenknochen, Albuminurie; im Blute: starke Herabsetzung des Hämoglobins und der zelligen Elemente, unter den weißen ca. 90% Lymphocyten; Basophilie aller Chromocyten. Das Kind starb nach wenigen Tagen. Die Sektion bestätigte die klinische Diagnose einer akuten aleukämischen Lymphadenose. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Neudörfer, Arthur, Zur Verwendbarkeit der freien Fascientransplantation. (*Kais. Elisabeth-Krankenh., Hohenems.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 44—46. 1913.

Neudörfer verwandte zur Radikaloperation eines Falles von Spina bifida occulta der Kreuzbeingegend und von Meningocele occipitalis inferior die autoplastische Fascientransplantation. Beide Kinder (eines davon Säugling von 4 Monaten) konnten geheilt entlassen werden. Die Einfachheit der Ausführung und der gute Erfolg lassen nach Ansicht des Autors das auf dem Gebiet dieser Anwendung neue Verfahren beachtenswert erscheinen. *Rehn* (Jena).

Vogel, Robert, Über Arteriennaht. Beiträge zur Gefäßchirurgie. Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 43—45. 1913.

Mitteilung von 3 Arteriennähten nach dem Carrel-Stichschen Nahtverfahren. 1. Quere Durchtrennung der Art. brachialis durch Stichverletzung. Exitus durch Blutverlust noch am Operationstage. Nahtstelle durchgängig. 2. Operative Verletzung der A. iliaca ext. Einriß von der Größe des halben Querschnitts. Heilung „mit Erhaltung der Blutzufuhr“ zum Bein. 3. Quere Durchtrennung der Art. brachialis durch eine Glasscheibe. Heilung mit Erhaltung des Radialispulses. *Wrede* (Jena).

Sever, James Warren, Orthopedic principles for use in general practice. (Orthopädische Prinzipien zum Gebrauch in der allgemeinen Praxis.) Boston med. a. surg. journal **168,** S. 1—7. 1913.

Der Verf., Chirurg am Kinderhospital in Boston, bringt einige Prinzipien zur Behandlung orthopädischer Fälle in der Praxis, zunächst des kongenitalen Klumpfußes. Die Behandlung soll so früh als möglich beginnen und besteht dann am besten in einem Heftpflasterverband, der bei gebeugtem Knie in ähnlicher Art wie der bekannte v. Öttingensche angelegt wird, um den Fuß in Überkorrektur zu bringen. Eine leichte Schiene wird in den späteren Monaten noch getragen, bis das Kind richtig gehen lernt. Als nächstes wird das Caput obstipum besprochen. Offene Durchtrennung des Muskels und Anlegen eines korrigierenden Heftpflasterverbandes für 2—3 Monate wird empfohlen. Bei der spinalen Kinderlähmung wird als erstes

Ruhigstellung und Verhütung von Deformitäten durch geeignete Verbände empfohlen, kein Elektrisieren! Später folgen Apparate und operative Maßnahmen, die nicht vor 2 Jahren nach dem Beginn der Erkrankung vorgenommen werden sollen. Auch die Besprechung des traumatischen Kniegelenkergusses und der gonorrhoischen Arthritis bringt die uns geläufigen Richtlinien der Behandlung: bei der ersteren keine Punktion, keine Fixation, sondern Kompressionsverband und baldige Massage und heiße Bäder, bei der letzteren im akuten Stadium Incision und Auswaschen des Gelenkes, im chronischen Stadium Heben des Allgemeinbefindens, Behandlung der Gonorrhöe des Genitales, allgemeine orthopädische Maßnahmen wie Bäder und Massage. Mit den neuerdings empfohlenen Sera und Vaccinen ist der Erfolg wechselnd. Zum Schluß werden noch einige ganz bekannte Behandlungsarten der Insufficientia pedis und des Plattfußes angeführt. *Baisch* (Heidelberg).

Blühdorn, Kurt, Die Therapie sogenannter unstillbarer Blutungen im Säuglingsalter. (*Univ.-Kinderklinik, Göttingen.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 14—16. 1913.

Diese Blutungen sind durch die üblichen chirurgischen Maßnahmen absolut nicht zu beeinflussen, da es sich bei ihnen um Anomalien der Blutgerinnung handelt. Drei aus der Göttinger Universitätskinderklinik mitgeteilte Fälle, welche drei verschiedene Typen derartiger Erkrankungen darstellen, geben ein Bild der dort eingeschlagenen Serumkalktherapie.

Fall 1: Melaena neonatorum (3 Tage alt), Injektion von 2,5 ccm Pferdeserum (Diphtherieserum), innerliche Darreichung von 0,5 Calcium aceticum 2stündl., 3 g in den ersten 12 Stunden, dann weiter in geringeren Mengen. Die profusen Darmblutungen, mit denen das Kind in die Klinik eingeliefert wurde, hören nach der Injektion sofort auf. — Fall 2: Henochsche Purpura (6 Monate alt). Bei dem wegen Milchnährschaden eingelieferten Kinde traten gefährliche Darm- und Gewebsblutungen auf. Nach Ausschließung des zuerst bestehenden Verdachtes einer Invagination werden 3,8 ccm Diphtherieserum injiziert und innerhalb 10 Stunden 2 g Calciumchlorid gegeben. Promptes Aufhören der Darmblutung, während die Gewebsblutungen noch fortbestehen. Nach weiterer Darreichung von Kalk und am dritten Tage wiederholter Injektion von 3,8 ccm Diphtherieserum hören auch diese allmählich auf. — Fall 3: Nabelblutung bei Sepsis mit schwerem Icterus (10 Tage alt). Hier wurde durch einen einfachen Versuch im Reagensglas festgestellt, daß die Gerinnungszeit des Nabelblutes des Patienten ca. 7 Minuten, von normalem Blut ca. 2 Minuten, von Mischung von Nabelblut und Serum zu gleichen Teilen ca. 2 Minuten, von Nabelblut, gemischt mit geronnenem Normalblut ca. 50 Sekunden dauert. Es wurde hier um die Nabelwunde herum Serum subcutan injiziert, wobei es, wie auch in dem vorhergehenden Falle zu einer nicht unbeträchtlichen Blutung aus einem der Stichkanäle kam, und außerdem ein mit normalem Menschenblut und Serum getränkter Tampon direkt auf die Wunde gelegt, ferner innerlich 4 g Calciumchlorid pro die gereicht. Auch hier prompte Wirkung und Heilung.

Bei Melaena neonatorum liegt nach den Untersuchungen Whipples ein Thrombinmangel vor, während Fibrinogen und Kalksalze in gewöhnlicher Menge vorhanden sind. In dem Falle von Henochscher Purpura handelte es sich um einen Mangel an Kalksalzen. Für die septische Nabelblutung läßt sich das Fehlen eines der 3 Bestandteile nicht nachweisen. Während in diesen Fällen bisher mit Darreichung von Kalksalzen oder Gelatineinjektionen kein Erfolg erzielt wurde, sondern stets innerhalb 2—3 Tagen Tod durch Verblutung eintrat, gelang es, durch die Verbindung von Kalkzuführung und Seruminjektion den Fall der Heilung zuzuführen. Dem Diphtherieserum ist wegen der Gefahr der Anaphylaxie bei später notwendigen Injektionen an und für sich frisch bereitetes Serum vorzuziehen. Seine Bereitung ist aber nur in klinischen Betrieben möglich. In der Praxis empfiehlt sich daher die Anwendung des Diphtherieserums als des relativ frischesten und am leichtesten erhältlichen. Von den Kalksalzen sind die löslichen (Calciumchlorid und Calcium aceticum) wegen ihrer besseren Resorbierbarkeit den unlöslichen (Calcium lacticum und citricum) vorzuziehen. Man soll auch dem jungen Säugling innerhalb 24 Stunden 3—6 g zuführen, am besten in einer 5% Lösung (Calc. acet. 10,0 Liqu. ammon. anis. 2,0 Gummi arab. 1,0 Saccharini q. s. Aquae ad 200,0). Nebenerscheinungen von seiten des Magendarmkanals (Appetitlosigkeit und Auftreibung des Leibes) kommen bei der meist nur kurze Zeit notwendigen Darreichung nicht in Betracht. Gegen die subcutane Anwendung der von Müller

und Saxl empfohlenen Calciumgelatine liegen wegen der danach auftretenden Nebenerscheinungen (Schmerzen und Fieber) Bedenken vor. *Stettiner* (Berlin).

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Bernhardt, Georg, und Otto Ornstein, Über Variabilität pathogener Mikroorganismen. (*Inst. f. Infektionskrankh. „Robert Koch" Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 16—19. 1913.

Verff. haben unter Beobachtung der Technik von Baertlein Versuche über die Veränderlichkeit von Bakterien angestellt und zwar an Typhus-, Paratyphus-, Cholera-, Hühnercholera- und Diphtheriebacillen. Es konnten bei allen Arten sowohl morphologische als auch biologische Abweichungen von der Norm erzielt werden, besonders bei Cholera und Typhus wurden extreme Formen erhalten, bei langer Beobachtung auch bei Diphtherie. Bemerkenswert ist, daß anscheinend dauernd unbewegliche Cholera- und Typhusbacillen erzielt wurden. Die gezüchteten abweichenden Stämme wurden hinsichtlich ihrer chemischen Eigenschaften, der Hämolyse, der Agglutination und des bactericiden Plattenversuchs geprüft. Verff. stellen weiter Betrachtungen an über die Ursache der Veränderung der Bakterien. Die für das Problem der Artbildung wichtige Frage, ob die veränderten Typen über den Rahmen der Variationsbreite der Ausgangsart hinaus variieren, d. h. ob sie neue Varianten bilden können, beantworten Verff., allerdings unter Vorbehalt späterer Untersuchungen dahin, daß nach ihren Ergebnissen der Variabilitätskreis verändert erschien. Von besonderem bakteriologischen Interesse ist das Ergebnis, daß echte Serumfestigkeit nicht nur durch den Kontakt mit dem betreffenden Serumstoff, sondern auch ohne solchen entstehen kann.

Fromme (Göttingen).

Krabbel, Max, Tuberkelbacillen im strömenden Blut bei chirurgischen Tuberkulosen. (*St. Johannishosp., Bonn.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **120,** S. 370—378. 1913.

Verf. gibt zunächst eine Übersicht über die bisher vorliegenden Untersuchungsergebnisse und stellt fest, daß die Resultate sehr widersprechend sind. Positive Befunde in 100% aller Lungentuberkulosen bei dem einen stehen nur 25% positive Ergebnisse sicher tuberkulös Erkrankter bei dem anderen Untersucher gegenüber. Er hat deswegen auf Anregung von Garrè 30 Fälle chirurgischer Tuberkulose bzw. differentialdiagnostisch hierhergehöriger Erkrankungen untersucht. Zur Untersuchung bediente er sich der Schnitterschen Methode:

10 ccm Blut werden mit 20 ccm 3proz. Essigsäurelösung vorsichtig gemischt und $^1/_2$ Stunde sich selbst überlassen. Dann Zentrifugieren, Abpipettieren der überstehenden Flüssigkeit, Verdünnung des Sediments mit einigen ccm Aqua dest., Zusatz von 2—5mal so viel 15proz. Antiforminlösung, durchschütteln und zentrifugieren. Auswaschen des Sediments, Ausstreichen auf 2 Objektträger.

Seine Resultate sind: 18 Fälle von Knochentuberkulose ergaben 12 positive Befunde = 66,6%; 5 Fälle von Drüsentuberkulose 1 positiven Befund = 20%; 4 Fälle von Haut-, Schleimhaut-, Sehnenscheidentuberkulose 1 positiven Befund = 25%. Den geringen Prozentsatz positiver Ergebnisse bei Drüsentuberkulose gegenüber den bei Knochentuberkulose erklärt Verf. damit, daß es sich bei ersterer mehr um einen lokalbeschränkten Prozeß handelt, der auf dem Wege direkt von der Mundschleimhaut oder Tonsillen sich entwickelt, während bei der Knochentuberkulose ein Einbruch von tuberkulösem Material in die Blutbahn stattgefunden hat. Das Alter des Patienten und die Dauer der Erkrankung hat auf die Befunde keinen Einfluß. Eine prognostische Bedeutung kommt dem Bacillennachweis auch nicht zu, abgesehen von den Fällen, wo ganze Bacillenhäufchen gefunden werden. Verf. glaubt den Wert des Bacillennachweises im Blut bei chirurgischer Tuberkulose dahin formulieren zu können, daß in den Fällen, wo nicht eine Lungentuberkulose die Bacillämie erklärt, der positive Bacillenbefund die Diagnose wesentlich sichert. *Hagemann.*

Calmette, A., et C. Guérin, Nouvelle contribution à l'étude de la pathogénie de l'infection tuberculeuse. (Weiterer Beitrag zur Pathogenese der tuber-

kulösen Infektion.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc. **156,** S. 34—37. 1913.

Verff., anknüpfend an ihre früheren Forschungen (Annales de l'Inst. Pasteur sqt. 1911), suchen eine weitere Stütze für die Anschauung beizubringen, daß in der Pathogenese der Tuberkulose im allgemeinen und der Lungentuberkulose im besonderen der intestinale, und nicht der pulmonale Infektionsmodus die Hauptrolle spielt. Da nach ihrer Ansicht die von den meisten Forschern zum Studium der Frage herangezogenen künstlichen Tierinfektionen dem natürlichen Infektionsmodus zu wenig Rechnung tragen, trafen sie eine möglichst zweckentsprechende Versuchsanordnung in folgender Weise:

10 Färsen, welche tuberkulosefrei waren, wurden in einem licht- und luftarmen Stalle 3 m hinter 5 tuberkulösen Kühen untergebracht derart, daß die Entleerungen der Kühe, welche nachgewiesenermaßen Meerschweinchen tuberkulös infizierten, die Spreu der jungen Tiere beschmutzten. Nach 11 Monaten gaben sämtliche 10 Färsen deutliche Tuberkulinreaktion; dagegen fanden sich sichtbare tuberkulöse Veränderungen nur bei 5 Tieren, und zwar außer in den Lungen in den verschiedensten Drüsengruppen. Die anderen 5 Tiere zeigten keine tuberkulösen Herde, aber die auf Meerschweinchen verimpften Proben verschiedenster Lymphdrüsengruppen erzeugten bei sämtlichen (20) Tieren jedenfalls Tuberkulose. Obwohl die Versuchsanordnung derart getroffen war, daß die Infektion wahrscheinlich nur auf intestinalem Wege vor sich gehen konnte, erwies sich keine Drüsengruppe bevorzugt.

Verff. schließen daraus, daß unter natürlichen Infektionsverhältnissen die Tuberkulose zunächst in Form einer allgemeinen Lymphdrüsenaffektion auftritt, und zwar lange bevor es zu sichtbaren Herden kommt, und daß für ihren Fall das Cohnheimsche Gesetz, daß sich stets aus der Reaktion der regionären Lymphdrüsen der Infektionsweg erkennen lasse, seine Geltung verliere. Aus dem Ergriffensein bestimmter Drüsengruppen lasse sich daher kein Rückschluß für den Inhalationsmodus bei der Lungentuberkulose ziehen, und wie für den Rotz, so sei auch für die Tuberkulose der Lunge, der intestinale Weg nicht mehr zu bestreiten. *Sonntag* (Leipzig).

Revillet, L., Traitement de la tuberculose infantile sur le littoral méditerranéen, par les cures marines et solaires. (Behandlung der Kindertuberkulose an der Mittelmeerküste durch Seebäder und Insolation.) Ann. de méd. et chirurg. infant. **17,** S. 4—17. 1913.

Mitteilung von 30 Fällen von Knochen- und Weichteiltuberkulosen, welche ganz vorzügliche Heilungsresultate einer kombinierten Behandlung erkennen lassen. Das Klima von Cannes erlaubt, während des ganzen Jahres Bäder zu nehmen und garantiert eine intensive Sonnenbestrahlung. Durch diese beiden Faktoren tritt bald eine günstige Beeinflussung des Allgemeinzustandes auf. Die klinischen Heilungsvorgänge verlaufen in derselben Art — anscheinend rascher — als im Hochgebirge. *Hotz* (Würzburg).

Quervain, F. de, Du traitement moderne des tuberculoses osseuses et articulaires. (Über die moderne Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.) (*Clin. chirurg., hôp. civ., Basel.*) Sem. méd. **33,** S. 3—7. 1913.

In der Behandlung der sogen. „chirurgischen" Tuberkulosen haben die konservativen Methoden das operative Vorgehen erheblich eingeschränkt, besonders durch die Einführung der äußerst wirkungsvollen, exakt durchgeführten „klimatischen Kuren". Darunter wird verstanden der durch Monate bis Jahre fortgesetzte Aufenthalt im Hochgebirge oder an der See mit kräftiger Sonnenbestrahlung des ganzen Körpers, nicht nur des erkrankten Teiles. Nur die reinen Knochenherde erfordern im allgemeinen ein aktiveres operatives Vorgehen, sofern sie nicht multipel und durch ihren Sitz nicht ungeeignet zum chirurgischen Eingriff sind. Bei Kindern ist größere Zurückhaltung geboten mit Rücksicht auf die mögliche operative Verletzung der Epiphysenlinie bei in deren Nähe gelegenen Herden. Aus gleichem Grunde sind Röntgenbestrahlungen beim Kinde nur mit äußerster Vorsicht vorzunehmen. Ausgeschlossen von chirurgischer Behandlung sind die rein ostalen Herde in gewissen unzugänglichen Teilen des Beckens, im Sacrum und in den Wirbeln, selbst wenn kalte Abscesse und

Paraplegien vorhanden sind. Auch diese heilen aus unter dem Einfluß klimatischer Kuren in Verbindung mit Horizontallagerung, ev. in Extension oder unter Röntgenbehandlung. Zu vermeiden ist unbedingt lange Bettruhe im Haus oder Spital; ihr sind portative Apparate immer noch vorzuziehen, wenn eine klimatische Kur nicht zu ermöglichen ist. Bei den Gelenktuberkulosen der Kinder sind unter allen Umständen in erster Linie konservative Methoden anzuwenden, vor allem klimatische Kuren, eventuell Jodoforminjektionen, mit großer Vorsicht auch Röntgenbehandlung. Bei den Kniegelenkstuberkulosen Erwachsener gibt die Resektion gute Resultate, für Kinder bleibt sie das ultimum refugium, das gleiche gilt für Fußgelenktuberkulosen. Bei Erkrankungen des Ellenbogens oder des Handgelenks geben Klimatotherapie, Röntgenbehandlung oder Jodoforminjektionen selbst bei Erwachsenen ausgezeichnete Erfolge. Bei Hüftgelenktuberkulosen sind chirurgische Eingriffe nur zur Entfernung ausgedehnter Sequester bei schon vorhandener Fistelbildung erlaubt, ferner die Auskratzung umschriebener Herde in der Trochanterenmasse ohne Beteiligung des Schenkelhalses, endlich die Osteotomia subtrochanterica zur Korrektur fehlerhafter Stellung nach völliger Ausheilung der Tuberkulose. In allen anderen Fällen führen klimatische Kuren in Verbindung mit Extensionsbehandlung die Heilung herbei. Die Resektion des Schultergelenks gibt quoad Radikalheilung und Funktion bessere Resultate als die der Hüfte, doch ist auch sie erst nach Versagen von Heliotherapie und Jodoforminjektionen, ev. auch Röntgentherapie, auszuführen. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Geschwülste:

Bashford, E. F., Das Krebsproblem. Zweite Leyden-Vorlesung, gehalten am 21. X. 1912 im Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin. Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 4—8 u. 55—59. 1913.

Bashford bespricht die statistischen Erfahrungen in England, wo der Krebs so häufig ist, daß von 7 Frauen resp. 11 Männern je 1 an Krebs stirbt. Die Zunahme der Krankheit ist vom 20. Jahre ab stetig. Gleich nach der Geburt sind Tumoren häufiger wie im Alter von 10 bis 15 Jahren. Die frühere Lehre, daß Sarkom eine Krankheit der Jugend sei, ist unhaltbar. Während Sarkom verhältnismäßig häufiger in der Jugend, Carcinom aber mehr im Alter vorkommt, nehmen beide mit zunehmendem Alter zu. Die Beziehungen zwischen Sterblichkeit und Alter sind verschieden für verschiedene Organe, aber ähnlich für dasselbe Organ bei beiden Geschlechtern; z. B. die Alterskurve für Brustkrebs bei beiden Geschlechtern ist fast dieselbe; die Gesamtsterblichkeit an Gebärmutterkrebs ist weit höher als an Brustkrebs. Aus der Statistik folgt, daß der Einfluß der Senescenz mehr für die Entstehung, als für das fortschreitende Wachstum von Einfluß ist. Von einer allgeeminen Zunahme des Krebses zu sprechen ist falsch, da bei dem Krebs einiger Körperteile z. B. Haut, Leber, Genitalorgane u. a. keine oder nur geringe Vermehrung nachzuweisen ist. Bei Brust- und vor allem bei Krebs des Intestinaltraktus allerdings ist eine Zunahme sicher. Die Frequenz der Krebsfälle in verschiedenen Ländern entspricht dem Stande ihrer Entwicklung der Mortalitätsstatistik. Die Annahme, daß Krebs in manchen Ländern fehle oder selten sei, wird durch die oft gegenteiligen Tatsachen der englischen Statistik widerlegt. Wichtig ist das Zusammentreffen gewisser Krebsformen bei exotischen Völkern mit chronischem Reiz, z. B. Häufigkeit des Carcinoms der Mundhöhle bei indischen Frauen, die Betelnuß kauen. Aus dem Tierreich ähnliche Beispiele: In Indien kommt beim Vieh, das am rechten Horn angespannt wird, nur an der Wurzel dieses Plattenepithelkrebs vor, nie am linken Horn.

Diese statistischen Anhaltspunkte sowie das Tierexperiment sprechen gegen infektiöse Ätiologie und Ansteckungstheorie. Das Tierexperiment läßt auch den Schluß zu, daß der Tumor im allgemeinen nicht auf einem für Krebswachstum günstigen Boden z. B. alternder Organismus wächst, sondern daß die Entstehung des Spontankrebses und sein Weiterwachsen für jeden Befallenen eine individuelle Frage ist. Die Bedeutung des chronischen Reizes für die Tumorentstehung läßt sich auch bei den

Versuchstieren bis zu einem gewissen Grade verfolgen, wobei vielleicht auch den durch Parasiten (Nematoden bei Mammakrebs der Mäuse beobachtet) herbeigeführten chronischen Reizzuständen eine, wenn auch nur indirekte Rolle zukommt. Die Impftumoren der Säugetiere sind bei Überimpfung nur dann progredient, wenn sie von Individuen derselben Art stammen. Eine künstliche Immunisierung gegen Tumoren eigner Art durch Vorimpfung von Tumor- oder Normalgewebe eines anderen Individuums derselben Art läßt sich erreichen. Sämtliche Immunisierungsvorgänge aber sind machtlos gegen Spontantumoren und im eigenen Wirtstier ist gegen sie durch solche Immunisierungsverfahren nichts zu machen. Sie schreiten vor und machen Metastasen.

Bei der Konstanz der meisten Tumorstämme ist es vor allem die Variabilität der Tumorzelle bei künstlicher Fortpflanzung, die interessante Einblicke in die Beziehung zwischen chronischem Reiz und Tumorwachstum zu geben scheint. Experimentell ließ sich durch die Doppelimpfung nachweisen, daß die verschiedenen Wachstumsformen der Impftumoren, ob progressiv oder nicht, von der wechselnden Fähigkeit der Tumorzelle abhängen, Wachstumshindernisse im Wirtstier auszulösen, und andrerseits von der Empfindlichkeit der Tumorzelle gegen diese Hindernisse. Die histologische Untersuchung der Impfstelle bei normalen und immunisierten Tieren gibt als eine Erklärung der Immunität, die Unfähigkeit der Tumorzellen, auf die Bindegewebs- und Gefäßzellen des immunisierten Tieres die charakteristische Wirkung auszuüben. Aus allem geht hervor, daß den den Tumorzellen innewohnenden Eigenschaften die entscheidende Rolle zukommt und daß man die Tumorzelle selbst angreifen muß. *Stammler.*

Theilhaber, A., Die Prophylaxe der Carcinome. Wien. klin. Wochenschr. **26,** S. 10—12. 1913.

Das Carcinom entsteht nur bei hochgradiger Atrophie des subepithelialen Bindegewebes. Die Ursachen dieser Atrophie sind Trauma, Narben, chronische Entzündungen. Folgen: die Vermehrungsbedingungen für die Epithelzellen sind bessere. Beispiele: Mammacarcinom: nach Trauma und Mastitisresiduen. Uterus: Geburtstraumen, Gonorrhoe. Mastdarm: Stuhlverstopfung, Hämorrhoiden, Alkoholismus. Mund-Rachen-Kehlkopf und Ösophagus: Nikotinreizung, Alkoholismus, Syphilis. Magen: Ulcus ventriculi. Die Theorie gipfelt in dem Gesetz: „Je reicher ein Bindegewebe an Gefäßen und Zellen, um so geringer die Neigung der an dasselbe angrenzenden Epithelien zur malignen Entartung und umgekehrt.“ Daher empfiehlt Verf. Hyperämiebehandlung. Es folgt die Theilhabersche Carcinomtheorie. *Kleinschmidt.*

Oser, E. G., und Egon Ewald Pribram, Über die Bedeutung der Milz in dem an malignem Tumor erkrankten Organismus und die Beeinflussung von Tumoren durch Milzbrei. (*I. chirurg. Univ.-Klinik, Wien.*) Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therap. **12,** S. 295–302. 1913.

Bekanntlich hat Oestreich die Tatsache, daß Knorpel und Gefäßwände fast stets vom Tumor verschont bleiben, durch das Vorhandensein der Chondroitinschwefelsäure in diesen Geweben erklärt. Er gab sich der Hoffnung hin, mit dieser eine Beeinflussung des Carcinoms erzielen zu können und ließ von der Firma Riedel das „Antituman“ herstellen, dessen wesentlicher Bestandteil Natrium chondroidinosulf. ist. Mit diesem Antituman soll Oestreich gute Erfolge erzielt haben, weswegen er es sowohl zur Nachbehandlung operierter wie auch inoperabler Fälle empfahl. Auch die Verff. haben Versuche mit diesem Präparat in einer Reihe von inoperablen Carcinomfällen und bei einigen Rezidiven angestellt. Die therapeutischen Versuche erstreckten sich auf 18 Patienten, darunter: 9 Rezidive von Carcinoma mammae, 2 Scirrhen der Mamma, 2 Mundbodencarcinome, 1 Tonsillarcarcinom. Das Antituman wurde entfernt von der kranken Stelle, durch etwa 4—8 Wochen intramuskulär injiziert. Die Resultate waren sehr unbefriedigend. In keinem Falle konnte auch nur ein Stillstand im Wachstum oder gar eine Rückbildung von Metastasen beobachtet werden. Die Patienten klagten jedoch etwa eine Stunde nach der Injektion über Schmerzen im Tumor und Temperatursteigerungen bis zu 38° mit Pulsbeschleunigung. Trotz dieses Miß-

erfolges ist natürlich nicht ausgeschlossen, daß die Resistenz des Knorpels und der Gefäße gegen die Tumorinvasion in der chemischen Beschaffenheit der Zellen bzw. im Gehalt an Chondroitinschwefelsäure ihren Grund hat. Da auch die Milz nur selten von malignen Tumoren befallen wird, hat Braunstein versucht, ob experimentell durch Milzbrei eine Beeinflussung von malignen Tumoren der Tiere zu erzielen sei. Er kam hierbei zu dem Ergebnis, daß der Milz eine hohe immunisatorische Kraft gegenüber malignen Tumoren zukomme und daß splenektomierte Tiere nach Behandlung mit artfremdem Krebsgewebe zugrunde gingen. Auch die Verff. machten ähnliche Versuche und wollten zunächst feststellen, ob durch Milzexstirpation eine Beeinflussung des Tumorwachstums möglich sei. Die Splenektomie wurde stets längere Zeit vor den Tumorimpfungen (3—4 Wochen vorher) gemacht; um den Einfluß, den der operative Eingriff an und für sich bedeutet und die dadurch bedingte Herabsetzung der Resistenz des Organismus auszuschließen. In einer größeren Anzahl von Versuchen konnte festgestellt werden, daß bei splenektomierten Ratten ein bedeutend rascheres Wachstum von Sarkom gegenüber den Kontrolltieren eintrat. In einer anderen Versuchsreihe wurde der Einfluß von injiziertem Milzbrei auf Sarkome studiert. Tumorratten, die 14 Tage vorher mit Sarkom geimpft worden waren und die etwa walnußgroße Tumoren zeigten, wurde die Milz exstirpiert, mit physiologischer Kochsalzlösung verrieben und anderen Tumorratten subcutan injiziert. Die Versuche wurden verschieden variiert und ergaben, daß die Tumoren der splenektomierten Tiere am raschesten wuchsen, daß durch Injektion von Milzbrei bei Sarkomratten eine Rückbildung oder ein Wachstumsstillstand des Tumors bewirkt werden kann. Bei den gleichzeitig mit der Impfung mit Milzbrei behandelten Ratten gingen die Tumoren überhaupt nicht an. Es scheint dies durch Substanzen (vielleicht nach Art der Antikörper) herbeigeführt zu werden, die, wie entsprechende Versuche ergaben, im gleichzeitig entnommenen Blute nicht vorhanden sind. *Konjetzny* (Kiel).

Caan, Albert, Zur Behandlung maligner Tumoren mit radioaktiven Substanzen. (*Samariterhaus, Heidelberg.*) Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 9—12. 1913.

Caan berichtet über die an einer großen Zahl von Patienten im Samariterhause zu Heidelberg gemachten Erfahrungen über die Anwendungsweise und die Wirksamkeit des Mesothoriums und des Thoriums X.

Das Mesothorium wird in dem erwähnten Geschwulstkrankenhause als Mesothoriumbromid vorzugsweise äußerlich, lokal mittels Firnisplatten, Kapseln, Glas- oder Metallröhren mit der Methode des abgestuften Filtrierens verwendet. Als Filter gelangen besonders $^1/_2$ mm dicke Gummiplatten, $^1/_{10}$, $^1/_5$, $^1/_2$, 1 und 2 mm dicke Aluminiumplatten, $^1/_{10}$ mm dicke Silberplatten, $^1/_{10}$, $^2/_{10}$, $^5/_{10}$, 1 und 2 mm dicke Bleiplatten, Watte und Mattpapier zur Anwendung. Die von den Aluminiumplatten ausgehenden Sekundärstrahlen, welche eine Pigmentierung der Haut verursachen, werden am zweckmäßigsten durch eine Einlage von 20 Blatt Papier oder 1 cm Watte zwischen Filter und Organ absorbiert. Die Bleifilter gestatten die ausschließliche Benutzung der ultrapenetrierenden Strahlen (harte β-und γ-Strahlen), da die weichen α- und β-Strahlen gänzlich absorbiert werden.

Zur Bestrahlung von Speiseröhrekrebsen wurde von C. und Czerny ein spezielles Instrument konstruiert. Als Wirkung der Mesothoriumbestrahlung wurde neben der Schädigung der Tumorzellen als hervortretendes Merkmal die Anregung zu einer Bindegewebswucherung beobachtet. Es gelang in 5 Fällen von Oesophagusstenose auf carcinomatöser Basis die Permeabilität der Speiseröhre nach Bougierung mit der Mesothoriumsonde so weit herzustellen, daß selbst die Zufuhr von festen Speisen möglich wurde, mit der eine Gewichtszunahme verbunden war. Bei 78 Fällen von Mammacarcinomrezidiv verschwanden nicht nur oberflächliche Hautknötchen, sondern auch bis walnußgroße, subcutan liegende Carcinomknoten. Die malignen Tumoren der Mund- und Rachenschleimhaut erwiesen sich für die Mesothoriumbehandlung als nicht geeignet. Die Anwendung des Thorium X (Umwandlungsprodukt des Mesothoriums) geschieht in physiologischer Kochsalzlösung intratumoral, intravenös oder gleichzeitig auf beide Arten. Bei intratumoraler Anwendung ist das Thorium X in unverdünnten Lösungen in Intervallen von 6—8

Tagen möglichst verteilt in das maligne Gewebe zu bringen. Die intravenösen Thoriuminjektionen wurden im großen und ganzen bei richtiger Dosierung gut vertragen und zeigten in einer Reihe von sonst nicht erreichbaren Tumoren einen nicht zu verkennenden günstigen Einfluß. Bei intravenöser Einspritzung soll das Thorium X nur in verdünnter Lösung injiziert werden, am besten 1,0 ccm (Aktivität in der Regel gleich 1 000 000 ME.) auf 10 ccm physiologische Kochsalzlösung. Am Tage der Injektion soll der Patient sich möglichst ruhig verhalten und in den nächsten 3—4 Tagen durch milde Laxantien, Klystiere dafür Sorge tragen, daß der Dickdarm möglichst entleert ist. Bei Krebsen des Darmtraktus wird nach Werner von pulverisierter Kieselsäure absorbierte Thorium X-Lösung mit Zucker als Brei angerührt und dargereicht, bzw. nach Hessel in Pillenform gegeben. Nach Anwendung von Pasten und Plomben, die aus mit Thorium X radioaktiviertem Kieselsäurepulver dargestellt worden waren, beobachtete C. mehrmals die Umwandlung von Krebsgeschwüren in gut granulierende Wunden. Die histologischen Veränderungen nach Thorium-X-Injektionen weisen keine bemerkenswerten Differenzen gegenüber den Mesothoriumwirkungen auf. Von 206 Tumorkranken, die mit Thorium X behandelt wurden, zeigten 40% der Fälle eine günstige Beeinflussung der Tumoren, eine Beeinflussung, die in etwa 20% der Fälle über das Maß der gewöhnlichen Radiumwirkung hinausging. Bei der Kürze der Beobachtungszeit ist nach C. nur von vorübergehenden Erfolgen zu reden. Und C. legt ein besonderes Gewicht auf die Betonung des Umstandes, daß die Mesothorium- und Thorium-X-Behandlung bei operablen Tumoren die operative Therapie nicht ersetzen, nur ergänzen kann, und daß nur bei inoperablen Tumoren die geschilderte radioaktive Therapie als selbständige Behandlungsmethode dienen soll. *Leuenberger* (Basel).

Verletzungen:

Braun, H., Die Anwendung der Lokalanästhesie zur Reposition subcutaner Frakturen und Luxationen. (*Kgl. Krankenstift, Zwickau.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 17—19. 1913.

Die Einrichtung von Frakturen wurde schon 1885 von dem Amerikaner Conway und später von Reclus durch Lokalanästhesie unempfindlich gemacht. 1907 und 1908 berichteten Lerda und Quénu über eine größere Anzahl von Frakturen an verschiedenen Körperstellen, deren Reposition durch Injektion von Cocainlösung an die Frakturenden in Anästhesie ausgeführt werden konnte. Braun benützte dasselbe Verfahren, nur spritzte er anstatt Cocain 1% Novocain-Suprareninlösung ein. Bei Gelenkfrakturen wird die Lösung direkt ins Gelenk injiziert. Auch für aseptische Arthrotomien, besonders am Kniegelenke, für die Entfernung von Gelenkmäusen, Meniscusoperationen, Patellarnähten usw. ist diese Injektion zu empfehlen. Auch bei Luxationen (Schulterluxation, Ellbogenlux., Luxatio femoris ischiadica) machte schon Quénu intraartikuläre Injektionen, einmal bei Ellbogenluxation auch Conway. Es wird die Lösung an das zentrale und peripherische luxierte Gelenkende injiziert.

B. machte solche Injektionen bei über 50 Fällen von Frakturen und Luxationen im Verlaufe eines Jahres. Bei der oberen Extremität verwendet er die Kulenkampffsche Plexusanästhesie. In 2 Fällen von Luxatio coxae (Luxatio ischiadica und obturatoria) konnte er durch die Injektion des Anaestheticums die Einrichtung absolut unempfindlich und spielend machen. Zuerst wurde der Stand des Femurkopfes palpiert und an denselben 25 ccm 1 proz. NS-Lösung injiziert. Zuletzt wurden 20 ccm der Lösung in die Pfanne eingespritzt. B. gibt dabei folgendes Verfahren an. Dicht hinter der Spina anterior superior wird mit einer 10 cm langen Nadel eingestochen und mit dieser am Knochen tastend bis zur Pfanne vorgedrungen. Die 20 ccm der Lösung werden hier injiziert. B. hatte den Eindruck, daß die Reposition der Luxationen in Lokalanästhesie leichter vonstatten ging als in Narkose. *Hirschel* (Heidelberg).

Watson, Pirie, The treatment of simple fractures by massage and movement. (Die Behandlung unkomplizierter Frakturen mit Massage und Bewegung.) Med. rev. **16**, S. 10—23. 1913.

Es sind 400 Fälle mit gutem Resultate so behandelt worden. Theoretisch ist das Extravasat zwischen den Fragmenten zur Callusbildung notwendig; in den Weichteilen

der Nachbarschaft, in Sehnenscheiden und Gelenken ist es sicher nur vom Übel, indem es durch Organisation zu Versteifungen führt. Hier hilft die Massage fortschaffen und resorbieren. Die Schwellung tritt gar nicht auf oder schwindet schnell, die Schmerzen hören auf, die Gelenke bleiben beweglich, der Muskeltonus kehrt wieder, während die Spasmen, die der Reposition und Retention so gefährlich sind, in kurzer Zeit verschwinden. Ferner begünstigt die Massage die Callusbildung durch Reibung der Fragmente aneinander. Technisch ist es wichtig, so zu massieren, daß niemals Schmerzen auftreten. Man beginnt proximal von der Bruchstelle, überspringt diese und massiert dann bis zum Ende des Gliedes. Watson benutzt Talcum und Borsäure zu gleichen Teilen als Puder und verwendet ausschließlich Streichmassage in der Längsrichtung, dem Verlaufe der Venen folgend. Er beginnt sofort nach der Verletzung mit der Behandlung; die Sitzungen dauern 15 Minuten und werden alle 24 Stunden vorgenommen, gegen das Ende der Behandlung seltener.

Die Bewegungen bezeichnet W. als „innere Massage". Sie sind absolut notwendig, je näher einem Gelenke der Bruch sitzt, desto notwendiger. Auch hier ist das Kriterium des richtigen Verfahrens die Schmerzlosigkeit. Man begnüge sich im Anfang mit kleinen, passiven Bewegungen und steigere diese ganz allmählich. Die freie Hand unterstützt das gebrochene Glied, die andere führt die Bewegungen aus, immer vom distalem Gelenk beginnend. Der Kranke ist dabei aufzufordern, das Glied ganz dem Arzte zu überlassen. Mit aktiven Bewegungen soll erst angefangen werden, wenn die Fraktur einigermaßen fest ist, also nicht vor der dritten Woche. Gegen Ende der Behandlung tritt erst die Massage, schließlich auch die passive Bewegung gegen die aktive in den Hintergrund, doch sollen beide bis zum Schluß durchgeführt werden.

Besteht erhebliche Dislokation, so muß dieselbe durch manuelle Reposition, durch Extension oder Operation vorher beseitigt werden. Geringere Grade werden häufig durch die Massage korrigiert, oder können unberücksichtigt bleiben. Einkeilung soll nicht beseitigt werden, wenn die Stellung einigermaßen gut ist. Schienen werden nicht verpönt, aber nur selten und nur in ganz einfacher Form angewandt. — Von Komplikationen — Fettembolie, schmerzhafter, fehlender oder übermäßiger Callusbildung, Arthritis deformans usw. — hat W. bei seinen 400 Fällen nichts gesehen. Im Speziellen sind hauptsächlich Frakturen der obern Extremität behandelt worden; von den 114 nachuntersuchten Kranken hatten nur 9 einen Bruch des Beines gehabt. Sämtliche Resultate waren gut, auch bei den Frakturen im Ellenbogengelenk einschließlich des Olecranon. In allen Fällen betont Verf. die Kürze der Behandlungsdauer. *Magnus* (Marburg a. L.).

Jellinek, S., Electrical accidents from the clinical and forensic standpoint. (Unfälle durch elektrischen Strom, vom klinischen und forensischen Standpunkt.) Arch. of the Roentgen ray. **17**, S. 291—299. 1913.

Für die durch elektrischen Strom hervorgerufenen Unglücksfälle sind einerseits Spannung, Stromstärke und -art, andererseits persönliche Bedingungen (Widerstandsfähigkeit) maßgebend. Für die Spannung gelten als untere Gefahrengrenze bei Wechselstrom 300 Volt, bei Gleichstrom 500 Volt. Hochfrequenzströme mit vielen Tausenden von Volts (Tesla) sind wieder ungefährlich. Bis zu $^1/_{10}$ Ampère wird an Stromstärke in der Regel vertragen. Bei gleicher Spannung und Stärke ist Gleichstrom ungünstiger als Wechselstrom. Der Unfall kommt zustande, wenn ein Pol den Körper trifft und durch letzteren die Erdleitung hergestellt wird. Bei geringer Spannung nur, wenn beide Pole den Körper berühren. Je trockener und schwieliger die Haut (Hände), je trockener Kleidung und Standort, desto größer der Widerstand. Krankheiten, besonders des Gefäß- und Nervensystems, schwächen denselben ab. Unvorbereitetes Getroffenwerden verringert ihn ebenso (Gegenteil bei den amerikanischen Hinrichtungen). Der durchtretende Strom verursacht anatomische Schädigungen (Haut, Gehirn, innere Organe) und psychische Störungen (Shock). Als allgemeine Folgen: Bewußtlosigkeit, Atmungs- und Zirkulationsstörungen und solche des neuromuskulären Systemes. Herzschwäche ist stets von infauster Prognose. Die erste Hilfe hat mit der Befreiung des Opfers von der Stromquelle zu beginnen, wobei der Helfer auf tunlichste Isolierung der eigenen

Hände zu achten hat. Setzt die Atmung aus, so ist die Einleitung künstlicher Atmung, die nötigenfalls stundenlang fortzusetzen ist, von größter Wichtigkeit. Die Hautverletzungen benötigen keiner besonderen Versorgung; sie heilen im Gegensatz zu Brandwunden schmerzlos, ohne Eiterung mit schmiegsamer Hautbedeckung rasch aus. Jellinek läßt die von ihm zusammengestellten Belehrungen über erste Hilfeleistungen bei derartigen Unfällen folgen. *Wittek* (Graz).

Kriegschirurgie:

Wieting, Vom türkischen Kriegsschauplatz. Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 31—32. 1913.

Wieting verteidigt den türkischen Sanitätsdienst gegen übertriebene Vorwürfe. Er war noch im Aufbau begriffen, als der Balkankrieg ausbrach, und litt unter den erschwerten Bedingungen des Rückzuges, des unzulänglichen Eisenbahn- und Straßentransportwesens. — Verbandpäckchen und Wundtäfelchen bewährten sich; ersteres sollte für Rumpfverbände noch durch ein Klebemittel vervollständigt werden. Der Mastisolverband hat das gewöhnliche Verbandverfahren in den Feld- und Reservelazaretten nicht verdrängt. Für große Verbände, z. B. bei Artilleriewunden, ist ein größerer fertiger Einheitsverband erwünscht. Dem Rückzuge entsprechend wurden größere Operationen meist erst weit hinter der Front ausgeführt. Erster Verband, Schienung und Transport sind die Haupttätigkeit des Kriegsarztes. Mangelhafte Schienung der schweren Oberschenkelbrüche führte oft zu ernster Infektion. Die vorderen Truppenbestände müssen noch mehr Pappe und Kleisterbinden erhalten; die Volkmannschen Schienen und ähnliches gehören ins Lazarett. *Georg Schmidt.*

Tartois, E., Les blessures observées à Constantinople pendant la guerre des Balkans. (Die in Konstantinopel während des Balkankrieges beobachteten Verwundungen.) Presse méd. **21**, S. 65—67. 1913.

Am 13. Dezember sprach man sich in der Kaiserlich Türkischen Medizinischen Gesellschaft zu Konstantinopel in Gegenwart der fremden Ärzte über die kriegschirurgischen Erfahrungen des Balkankrieges aus. Statistik und Wesen der Beobachtungen stimmten bei allen Berichterstattern überein. Die Schwerverletzten konnten vielfach nicht nach Konstantinopel zurückgeschafft werden. Daher sah man hier 80 v. H. leichte Verwundungen, besonders der Hände und Füße. Abgesehen von den vorn Gestorbenen und von den in der hinteren Linie an ansteckenden Krankheiten zugrunde gegangenen Verwundeten ergab sich hier eine Sterblichkeit von nur 2 oder 4 v. H. Alle Ärzte verhielten sich abwartend; die vordere Versorgung mit den Verbandpäckchen bewährte sich; Sondieren, Tamponieren sind fehlerhaft. Schwer sind die Shrapnelverletzungen (unregelmäßige Gewebszerreißungen und -quetschungen mit Fäulnis und Gasgangrän); 2 Krankengeschichten. Die von den Mannlicherflintenkugeln erzeugten und rückwärts beobachteten Wunden waren gutartig und meist auf 500—1000 m oder über 1500 m hinaus gesetzt. Doch ist die Zahl der vorn durch Gewehrschüsse Gefallenen nicht bekannt. Die Kugel weicht nicht ab, erzeugt nur spärliche Knochentrümmer und schädigt auch beim Durchgange durch die Brust- und Baucheingeweide diese nur wenig (Krankengeschichten). Tödliche Bauchfellentzündung war selten. Allerdings lebten die türkischen Soldaten im Hungerzustande. Bei ausgebrochenem Wundstarrkrampfe war auch reichlich gegebenes Tetanusserum unwirksam. Im ganzen wird die Verhältniszahl der Toten und Verwundeten gegen früher gestiegen sein. Der türkische Soldat ist sehr widerstandsfähig, reinlich, nüchtern und verträgt Chloroform gut. Depages Antrag, in der gebildeten Welt das Verbot der Verwendung von Shrapnels anzuregen, wurde angenommen. *Georg Schmidt* (Berlin).

Lucas-Championnière, J.-M., Dans les Balkans. (Im Balkan.) Caducée **13**, S. 6—7. 1913.

Lucas-Championnière, im Dienste des Roten Halbmondes zu Konstantinopel, erklärt das Überwiegen der Artillerieverletzungen vor den Tschataldja-Ereig-

nissen mit dem Rückzuge der Türken und den Schwierigkeiten der Verwundetenrückbeförderung. Diese Verletzungen waren sehr breit, weniger tief, in geschwollener Umgebung, bedenklich und infiziert, nur weil sie nicht ordentlich verbunden worden waren. Die Gewehrkugelwunden umfaßten bloß 20 v. H., weil das türkische Heer mit dem Feinde zu wenig in unmittelbare Verbindung gekommen war. Unter den 0,5 v. H. der Verletzungen mit blanken Waffen waren mehr Säbel- als Bajonettwunden. — Nach Tschataldja kam der Verwundetentransport in Gang. Bei den zahlreichen schweren offenen infizierten Knochensplitterbrüchen der Beine wurde häufig Amputation, vorwiegend des Oberschenkels nötig. Das Schienbein sprang meist in 4, davon 2 seitliche Stücke. Die Arm-, besonders die Handverletzungen waren günstiger, weil sie meist gut verbunden waren. Brust-, Bauch-, Harnblasenschüsse heilten, wenn man abwartete, Schädelwunden, wenn man die Splitter entfernte. Die Jodtinktur ätzte; daher verwandte L.-C. mit Erfolg bei infizierten Knochenbrüchen Karbolwasser. Türkische und andere Ärzte suchten öfters noch nach der Kugel und infizierten dabei die Wunde. *Georg Schmidt* (Berlin).

Bergasse, Revue des modes d'hémostase actuels dans les blessures des grosses artères par les armes à feu. (Überblick über die jetzigen Blutstillungsverfahren bei Schußverletzungen der großen Schlagadern.) Bulletin de la Société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche. No. 9. — Caducée **13**, S. 7. 1913.

Auf den vorderen Verbandplätzen bis ins Feldlazarett hinein handelt es sich überwiegend darum, durch einen trockenen, durchlässigen antiseptischen Verband und durch sorgfältige Ruhigstellung die Möglichkeit einer Aneurysmabildung, die Wundinfektion und die Spätblutung zu bekämpfen. Nur in wenigen Notfällen wird man operieren müssen, und zwar meist mit doppelter Unterbindung des Gefäßes. Ihr ist in gewissen Fällen die Gefäßnaht vorzuziehen. Im übrigen kommt 4 — 6 Wochen nach der Gefäßverletzung unter sicherem aseptischen Verhältnissen die Entfernung des Aneurysma in Betracht. *Georg Schmidt* (Berlin).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Grunert, E., Der gegenwärtige Stand der Allgemeinnarkose. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. **5**, S. 1—38. 1913.

Das vorliegende Sammelreferat schließt sich an die im Jahre 1908 erschienene „Narkologie" von W. B. Müller an und berücksichtigt die Literatur seit 1908. Das Literaturverzeichnis umfaßt 225 Nummern. Aus der Fülle dieses Materials seien als die hauptsächlichsten Fortschritte auf dem Gebiete der Allgemeinnarkose hervorgehoben: Die Bestrebungen von Klapp, durch Verkleinerung des Kreislaufs die Menge des Narkoticums und damit auch die Giftwirkung der Narkotica auf ein möglichst geringes Maß herabzusetzen; die Einführung der Insufflation durch Meltzer und Auer; bei der Chloroformnarkose die ermutigenden Erfahrungen mit der direkten Herzmassage, besonders mit der subdiaphragmatischen Methode, und die zunehmende Zurückhaltung gegenüber Chloroform wegen der ungünstigen Erfahrungen über tödliche Spätwirkungen; bei der Äthernarkose die erweiterte Nutzbarmachung des Ätherrausches und die Verbesserung der Äthertropfnarkose durch die sogenannte Gaze-Äthermethode; bei der Äthylchloridnarkose die Einführung des Äthylchloridrausches und die Versuche Lotheissens mit Äthylchlorid-Sauerstoffnarkose; bei den Mischnarkosen und den kombinierten Narkosen die Versuche, die Scopolamin-Pantoponlösungen an die Stelle der Scopolamin-Morphiumlösungen zu setzen, als einziges Mittel zur Injektionsnarkose, hauptsächlich aber als Unterstützungsmittel für die Inhalationsnarkose, wobei in Verbindung mit den genannten Injektionen jetzt auch in Deutschland die Stickoxydul-Sauerstoffnarkose Anhänger zu gewinnen beginnt (Neu, Gottlieb und Madelung). Die intravenöse Narkose befindet sich noch im Versuchsstadium. Neben der ursprünglichen intravenösen Äthernarkose verdient die intravenöse Hedonal-

narkose und vor allem die von Burkhardt neuerdings bevorzugte Isopral-Äther-Mischnarkose Beachtung. Die Rectalnarkose hat in Dumont einen Verfechter gefunden. Sie erfordert bei Verwendung von Ätherdämpfen jedenfalls allergrößte Vorsicht, läßt sich aber möglicherweise mit Hilfe von Ätherlösungen nach einer von Arnd vorgeschlagenen Methode ungefährlicher gestalten. Die Arbeiten über Narkophin und über die intramuskuläre Narkose haben in dem Sammelreferat noch keine Berücksichtigung gefunden. *v. Brunn* (Tübingen).

Tourneux, J.-P., et A. Ginesty, Contribution à l'étude des injections antéopératoires de pantopon. Ein Beitrag zum Studium der anteoperativen Pantoponinjektionen. (*Clin. chirurg., univ. Toulouse.*) Prov. méd. **26,** S. 15 bis 16. 1913.

Die Verff. berichten über ihre Erfahrungen, die sie im verflossenen Jahre an 400 Fällen, gesammelt haben. Sie injizierten 0,02 Pantopon, bald subcutan, bald intramuskulär, 5—30 Minuten vor der Operation. Die besten Resultate ergab eine Injektion 25—35 Minuten vorher. Bei der Chloroformnarkose waren die Resultate mittelmäßig, wenn auch ohne ernste Zwischenfälle, bei der Äthernarkose mit Chalotscher Maske ausgezeichnet, noch besser bei der Äthertropfnarkose. Sie rühmen die schwache oder fehlende Exzitation, den raschen Eintritt und die geringen, auch für tiefe Narkosen notwendigen Mengen (z. B. 30 g Äther für eine vollständige Anästhesie während einer halben Stunde). Auch für die Lokalanästhesie rühmen sie das rasche Eintreten der Wirkung. Sie suchen die günstigen Wirkungen nach den Anschauungen von Brügi (Bürgi? Ref.) zu erklären und sehen in dem Pantopon mit seinen krampflösenden, Herz und Atmung anregenden und die Sensibilität und Bronchialsekretion herabsetzenden Wirkungen, ein sehr nützliches Hilfsmittel für den Chirurgen. *Kulenkampff.*

Noel, H., and H. S. Souttar, The anaesthetic effects of the intravenous injection of paraldehyde. (Die anästhesierende Wirkung von intravenösen Paraldehydinjektionen.) Ann. of surg. **57,** S. 64—67. 1913.

Verff. haben mittels intravenöser Injektion von Paraldehyd eine sehr rasch eintretende tiefe Narkose erzielt.

Sie mischen 5—15 ccm Paraldehyd mit der gleichen Menge Äther und lösen die Mischung in 150 ccm 1 proz. kalter Sodalösung auf. Die Lösung muß nach dem Schütteln klar sein. Injektion in eine Armvene kalt oder bis 25° C erwärmt. Man läßt 5—10 ccm pro Minute einfließen. Nach 40 Sekunden vollkommene Bewußtlosigkeit.

Nach Aufhören der Instillation tritt ein je nach der verbrauchten Menge kürzerer oder längerer Schlaf ein. Nacherscheinungen wurden nicht beobachtet. Besonders wird das Verfahren für Alkoholiker empfohlen, die in kürzester Zeit einschlafen. Die Methode wurde nur bei kleineren Operationen angewandt. Auch als Hypnotikum ziehen Verff. die intravenöse Injektion wegen der Vermeidung des schlechten Geschmacks und der vorangehenden Exzitationszustände der Verabreichung des Paraldehyd per os vor. *Schlesinger* (Berlin).

Keppler, W., und F. Breslauer, Zur Frage der intravenösen Narkose. (*Chirurg. Univ.-Klinik, Berlin.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **120,** S. 265—301. 1913.

Nach kurzem geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der intravenösen Narkose, deren Berechtigung neben der Inhalationsnarkose durchaus anerkannt wird, treten die Autoren in eine kritische Besprechung der bisher am meisten üblichen Methoden ein. Sie weisen auf die folgenden Nachteile derselben hin: Die Inhalationsnarkotica (Äther, Chloroform) sind schwer löslich und erfordern daher bei intravenöser Applikation die gleichzeitige Einverleibung großer Flüssigkeitsmengen. Bei der Passage durch den Lungenkreislauf wird ein Teil des Narkoticums ausgeschieden, geht so für die Narkose verloren und kann auch zu Schädigungen der Lungen führen. Beim Hedonal tritt eine derartige Ausscheidung durch die Lungen nicht ein, dafür aber hat es den großen Nachteil, daß es zu lange im Körper zurückgehalten wird, und daß deshalb die Patienten sehr spät aus der Narkose erwachen. Es ist auch

in seiner Wirkung auf das Atemzentrum kein indifferentes Mittel (8mal Atemstillstand unter 530 Fällen Fedorows). Dazu komme noch die Unbequemlichkeit und die Thrombosengefahr bei länger liegender Kanüle. Die Anforderungen, die daher an das Ideal einer intravenösen Narkose zu stellen seien, wären: Einmalige Einspritzung weniger Kubikzentimeter eines chemisch indifferenten Narkoticums, das bei starker elektiver Wirkung auf die Großhirnrinde alle anderen Körperorgane überhaupt nicht beeinflußt, und dessen toxische Breite groß genug ist, um jede Gefahr auszuschließen; des weiteren rasches Abklingen der narkotischen Wirkung nach der Operation. Eine Reihe von narkotischen Mitteln, welche die Verff. nach diesen Richtlinien im Tierversuch (Hund) prüften, genügte ihren Forderungen nicht. Die Injektion von Cocain, das von Ritter vorgeschlagen worden ist, führte stets zu Cocainvergiftung, selbst wenn geringere Dosen verwandt wurden, als wie sie Ritter angegeben hat. Nur zweimal wurde ein ähnlicher Zustand beobachtet wie in den Versuchen Ritters, doch deuten auch diesen die Autoren als eine besondere Form der Intoxikation. Bromäthyl führt schon bei geringem Überschreiten des zulässigen Rauschstadiums gleichzeitig mit dem Erlöschen der Reflexe zu Atemstillstand durch Lähmung des Respirationszentrums. Ähnliche Erscheinungen traten beim Stickoxydul auf. Nach Chloralhydrat wurden starke Blutdrucksenkungen beobachtet, einmal auch plötzlicher Herztod. Das Paraldehyd ist nach dieser Richtung ungefährlicher, es verursacht jedoch Erbrechen und lange postoperative Betäubung und Somnolenz. Amylenhydrat hatte in kleineren Dosen Aufregungszustände zur Folge, welche sich schon während der Injektion einstellten und nicht in Schlaf übergingen, bei Steigerung der Dosis dagegen schwere klonische Krämpfe, in denen ein Versuchstier zugrunde ging. Urethan hat wie das Hedonal den Nachteil des langen postoperativen Schlafes, auch fanden sich danach einmal Niereninfarkte. Medinal erscheint ungeeignet wegen seines lähmenden Einflusses auf die Medulla oblongata, sowie seiner langen betäubenden Nachwirkung. Der gleiche Übelstand wurde beim Trional festgestellt, nach welchem außerdem in einem Falle Albuminurie auftrat. Isopral erzeugte wie das Chloralhydrat starke Blutdrucksenkungen und erwies sich als nicht harmlos für das Herz. Zufriedenstellender war die Wirkung der Mittel aus der Opiumgruppe, vor allem des Pantopons. Mit letzterem gelang es bei Injektion von 0,0075—0,01 auf 1 kg Körpergewicht in über 50 Versuchen Narkosen zu erzielen, die den obigen Erwartungen durchaus entsprachen. Der Versuch, das Pantopon in gleicher Weise auch beim Menschen in Anwendung zu bringen, mißlang jedoch vollkommen. Die langsame Injektion von 0,05 Pantopon in die V. mediana cubiti hatte überhaupt keine analgetische Wirkung. Im Gegenteil schien die psychische Erregung und die Motilität eher gesteigert als herabgesetzt zu sein. Es mußte Äther zu Hilfe genommen werden. Die Folge war ein vielstündiger postoperativer Schlaf. In einem zweiten Falle wurde die Gabe bis zu 0,1 gesteigert. Auch da zeigte sich keine Schmerzbetäubung, nur eine leichte Benommenheit. Zu der einstündigen Operation waren noch 85 g Äther notwendig. Gegen Ende des Eingriffs wurde die Atmung langsamer, und immer deutlicher trat eine Narkose des Atemzentrums in Erscheinung. Noch zwei Tage nach der Operation schlief die Patientin fast ununterbrochen, antwortete träge auf Anruf und atmete seltener als normal. Die Herzaktion war während der ganzen Zeit gut. Die Verff. kommen nach diesen Erfahrungen zu dem Schluß, daß eine intravenöse Pantoponnarkose beim Menschen unter keinen Umständen zu erzielen sei, empfehlen sie jedoch als ungefährlichste und bequemste Narkose des Hundes den Tierärzten und Physiologen. *Tiegel* (Dortmund).

Cotton, Frederic J., and Walter M. Boothby, Intratracheal insufflation anaesthesia. Considered from its physiological and clinical aspects. (Intratracheale Insufflation. In ihren physiologischen und klinischen Beziehungen.) Ann. of surg. 57, S. 43—63. 1913.

Nach einem eingehenden historischen Überblick über die verschiedenen Druck-

differenzverfahren, besprechen Cotton und Boothby die Methodik der Insufflationsmethode. Als Katheter nehmen sie bei Erwachsenen fast immer Nr. 23 F. Bei offenem Thorax werden die Lungen in mäßig geblähtem Zustande erhalten. Bei Schluß des Thorax leichte Erhöhung des Drucks. Besondere Vorsicht ist nötig, wenn durch Zusammenkrampfung der Stimmbänder um den Katheter ein Spasmus glottidis eintritt, den das eingeschaltete Manometer anzeigt. Es ist dann der Ätherzufluß sofort abzustellen. Anstatt Äther haben Verff. in neuerer Zeit Lachgasäther angewandt. Zugeführte Luft und Äther sollen immer ungefähr Zimmertemperatur haben. Beim Einführen des Katheters ist in tiefer Narkose der Kopf nach rückwärts zu strecken und die Zunge vorzuziehen. Die intratracheale Insufflation ist überall da indiziert, wo man bei der Operation mit den Atmungsorganen des Pat. in Berührung kommen kann, also bei allen intrathorakalen Operationen, ferner bei allen Operationen an Kopf und Hals.

Schlesinger (Berlin).

Läwen, A., Die Extraduralanästhesie. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. **5**, S. 39 bis 84. 1913.

Die Arbeit enthält in guter Übersicht alles bis jetzt auf diesem Gebiete Bekanntes.

Der Franzose Cathelin war der erste, der auf den Gedanken kam, durch den Hiatus sacralis ein Anaestheticum (Cocain) zu injizieren; er probierte es zunächst beim Hunde und erhielt eine völlige Anästhesie des ganzen Körpers. Die Übertragung der Versuche auf den Menschen hatte jedoch keinen Erfolg. Es bestätigten das Lejars, Tuffier, Reclus und Sicard. Nur Chipault hatte einige Erfolge zu verzeichnen. In Deutschland hat als erster Stöckel die Extraduralanästhesie angewandt und zwar zur Erleichterung der Geburtsschmerzen. Er nannte das Verfahren „Sakralanästhesie". Injiziert wurden 30 ccm einer 0,5 proz. Novocainlösung.

Erst L. hat das Verfahren derart ausgearbeitet, daß es für chirurgische Eingriffe wirksam wurde. Auf Grund der theoretischen Versuche von O. Gros, der fand, daß die Chloride der Lokalanaesthetica in Verbindung mit Natriumbicarbonat gelöst, eine stärkere Wirkung zeigten, verwandte er Novocainnatriumbicarbonatlösungen, in denen $1^1/_2$ und 2% Novocain enthalten war. Die Technik der Injektion ist manchmal wegen anatomischer Variationen recht schwer. Bei sehr fetten Patienten ist die Injektion überhaupt unmöglich. L. macht die Injektion in sitzender Stellung mit langen Nadeln, die an einer Rekordspritze sitzen. Er zieht die sitzende Haltung vor, damit die Lösung möglichst lange im unteren Epiduralraume gehalten und so eine stärkere Wirkung erzielt wird. Die Injektion wird sehr langsam vorgenommen, meist dauert es zwei Minuten, bis die Injektion beendet ist.

An der Krönigschen Klinik wird die Injektion in Knieellenbogenlage gemacht und dann der Patient in steile Beckenhochlagerung gebracht. Vor der Injektion, die im Durchschnitt 0,7 g Novocain enthält, wird dem Patienten eine größere Dosis Morphium, Scopolamin oder Narkophin verabreicht. Ohne Erreichung eines tiefen Dämmerschlafes ist eine solche sogen. „hohe Extraduralanästhesie", wie sie von Schlimpert und Schneider bezeichnet wird, nicht möglich. Bei dieser Kombination von Extraduralanästhesie mit großen Mengen Narkoticis können dann abdominelle Operation, wie Gallenblasenoperation, auch Nierenoperationen ohne Inhalationsnarkose ausgeführt werden. In einem größeren Prozentsatze versagt aber die Anästhesie und es muß trotzdem zur Inhalationsnarkose noch gegriffen werden. Mit Recht betont L., daß dieses Verfahren keine Lokalanästhesie mehr darstellt. Auch wurde bereits ein Todesfall bei hoher Extraduralanästhesie von Strauß beschrieben.

Die von L. angegebene Methode ist einfach und relativ ungefährlich. Bedenkliche Folgeerscheinungen kamen bisher nicht vor. Die Anästhesie tritt durchschnittlich nach 20 Minuten ein und beginnt zwischen Os coccygis und hinterem Afterring, geht zum Damm, der Scrotalhaut, zum Penis und zur Glans. Ist letztere anästhetisch, so ist der Höhepunkt der Anästhesie erreicht. Von Operationen in extraduraler Anästhesie kommen hauptsächlich in Betracht: Operationen am After, wie Hämorrhoiden- und Fisteloperationen, solche am unteren Abschnitte des Rectums, an der Harnröhre, Penis, an den äußeren weiblichen Genitalien, Vulva, Vagina und teilweise am Uterus. Wilms machte auch einige Fälle von Prostatektomie in Extraduralanästhesie. Zum Schlusse kommt L. zu folgenden Leitsätzen:

„1. Injiziert man ganz langsam durch den Hiatus sacralis 20 ccm einer 2 proz.

Novocainbicarbonatlösung in den Sakralkanal, so tritt nach im Mittel etwa 20 Minuten eine Anästhesie auf, die in ihrer Ausdehnung auf der Oberfläche etwa der bekannten Reithosenanästhesie entspricht. 2. Die Anästhesie kommt zustande durch örtliche Leitungsunterbrechung der den Sakralsegmenten entstammenden Nerven im Extraduralraume. Das Anaestheticum bleibt nicht auf die Deponierungsstelle beschränkt. Es verbreitet sich unter der Capillarwirkung im Epiduralraume nach oben und gelangt vielleicht auch auf dem Wege der Osmose durch die Dura in den Liquor cerebrospinalis und aus den Intervertebralöffnungen heraus in das umgebende Gewebe. Über die Größe der so austretenden Substanzmengen liegen keine Anhaltspunkte vor. Bei der Konstanz der eintretenden Anästhesie ist es unwahrscheinlich, daß sie eine Rolle beim Zustandekommen der Anästhesie spielen. 3. In dem gekennzeichneten Gebiete können chirurgische und gynäkologische Operationen ohne Zufügung eines Narkoticums schmerzlos ausgeführt werden. 4. Durch die von uns empfohlene langsame Injektion einer Novocaindosis, die 0,4 g nicht überschreitet, lassen sich Nebenwirkungen vermeiden. 5. Fette, herzschwache, senile, arteriosklerotische Patienten, auch solche mit funktionellen oder organischen Nervenleiden, endlich Nephritiker und ausgeblutete Individuen sind von der Extraduralanästhesie besser auszuschließen. 6. Wie Schlimpert gezeigt hat, kann man, wenn man in den Sakralkanal große Novocaindosen (im Mittel 0,7 g) in Beckenhochlagerung injiziert und vorher einen Morphium-, Scopolamin- oder Narkophin-Dämmerschlaf herstellt, in einem nicht kleinen Prozentsatz der Fälle auch von den Bauchdecken aus intraabdominelle Operationen schmerzlos ausführen. Wir glauben aber, daß bei diesen Verfahren die örtliche Wirkung der verwendeten Lokalanästhesie hinter der narkotischen Komponente zurücktritt. Ebenso wie die hier mit narkotisch wirkenden großen Novocainmengen könnte man vielleicht auch die subcutan beigebrachten Narkotica unter Ermittelung der geeigneten Dosis in den Epiduralraum bringen. Die Einverleibung von Novocainmengen von über 0,4 g in das Cavum epidurale wird für gefährlich gehalten. 7. Wir raten die Extraduralanästhesie bei Frauen nur auf vaginale Operationen zu beschränken und sie nach unseren Regeln herzustellen. Die Verbindung dieser reinen Lokalanästhesie mit einem Dämmerschlafe dürfte namentlich, wenn das Peritoneum mit eröffnet werden soll, von Vorteil sein; doch ist ihr Zustandekommen im Hauptoperationsgebiete von dieser Injektionsnarkose nicht abhängig." *Hirschel* (Heidelberg),

Bleek, Th., Über Extraduralanästhesie für chirurgische und gynäkologische Operationen. (*Friedrich-Wilhelm-Stiftg., Bonn a. Rh.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. 37, S. 122—130. 1913.

Bleek berichtet über seine Erfahrungen, die er mit der Extraduralanästhesie (Cathelin, Stöckel, Läwen) und mit der sog. hohen Extraduralanästhesie (Krönig, Schlimpert, Schneider) gemacht hat. Die Patienten erhielten vor der Extraduralanästhesie, und zwar $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden vorher, 0,03 Pantopon und 0,003 Scopol. hydrobrom. Ein richtiger Dämmerschlaf kam dadurch nicht zustande. Zur Injektion in den Epiduralsack wurde eine erwärmte 2proz. Novocainlösung mit Zusatz von Natr. bicarb. und 4—5 Tropfen Adrenalinlösung (Läwen) verwandt. Meist wurde die Dosis 0,4 Novokain injiziert. Im ganzen berichtet B. über 50 Fälle. 22 Operationen fielen in das von den Sakralnerven versorgte Gebiet; bei 26 Operationen griff die Operation über auf das Peritoneum und das Gebiet der Lumbalnerven. Bei ersteren handelte es sich hauptsächlich um Dammoperationen, Operationen an den äußeren Genitalien, der Harnröhre, des Afters und einmal der Portio. In allen diesen Fällen wirkte die Anästhesie ganz prompt. Bei den weiteren 26 Fällen mußte 16mal Inhalationsnarkose gegeben werden. Die Wirkung war bei denselben Operationen oft verschieden, während die Anästhesie einmal wirkte, ließ sie das andere Mal im Stich. Durch Steigerung der Novocainmengen konnte die anästhetische Zone nach oben ausgedehnt werden. So war bei 4 Uterusoperationen, einer Rectumamputation und einem Bassini mit Kastration eine ausreichende Anästhesie erzielt worden. Bei Anwendung von 27 ccm

2 proz. Novocain-Natr.-bicarb.-Lösung mit 4 Tropfen Adrenalin in Knieellenbogenlage hatte B. eine unangenehme Nachwirkung erlebt, die in allerdings nur vorübergehender Lähmung beider Beine und doppelseitiger Gehörstörung bestand. B. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Resultate, daß die Injektion höherer Novocaindosen und das Bestreben, eine sog. „hohe sakrale Anästhesie" (Krönig, Schlimpert, Schneider) zu erzielen, als sehr gefährlich zu betrachten sind. Er fürchtet, daß die sonst empfehlenswerte Extraduralanästhesie durch diese hohe Methode, wie sie in der Freiburger Frauenklinik geübt wird, in Mißkredit kommt. Zudem sei bei der hohen Extraduralanästhesie ein so tiefer Dämmerschlaf nötig, daß dieser mit einer Inhalationsnarkose gleichbedeutend sei. B. empfiehlt, nicht mehr als 0,4 Novocain pro dosi, d. h. 20 ccm einer 2 proz. Lösung zu injizieren. Mit dieser Novocainmenge könnten alle Operationen im Gebiete der Sakralnerven, alle vaginalen und rectalen Operationen in guter Anästhesie ausgeführt werden. *Hirschel* (Heidelberg).

Desinfektion:

Lampé, Eduard, und Heinrich Klose, Weitere Erfahrungen über Molyform (saures molybdänsaures Natron). Therap. d. Gegenwart **54**, S. 47—48. 1913.

Für Augen, Ohren, Nasen werden Spülungen oder Umschläge von $^1/_4$—$^1/_2$% empfohlen, als Mundwasser 1—2 proz., für Salben 2—3 proz., für Injektionen in tuberkulöse Abscesse 3—5 proz. Lösungen. Stärkere Konzentrationen sind zu vermeiden; sie können Nekrosen hervorrufen. Die Verff. hatten mit Molyform gute Erfolge bei chronischen Ekzemen, Furunkeln, Hämorrhoidalbeschwerden, Anginen, Fluor albus sowie in einem Fall von Lupus. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Jeger, Ernst, Ein Instrument zur Erleichterung der Gefäßnaht nach Carrel. Berl. klin. Wochenschr. **50**, S. 67—68. 1913.

Das von der Firma Härtel, Berlin-Breslau zu beziehende Instrument gleicht einem gespreizt aufgestellten photographischen Stativ, dessen 3 Schenkel — dem Stativkopf entsprechend — fest miteinander vereinigt sind, so daß sie sich nur unter Anwendung eines gewissen Druckes einander nähern lassen. An der Spitze der Schenkel angebrachte Klemmschrauben dienen zum Festhalten und Spannen der die Gefäßränder provisorisch adaptierenden Haltefäden, 3 an der Zahl, die die Gefäßnaht, wie üblich, in 3 Momente einteilen sollen. Die Nahtlinien lassen sich so gut in der richtigen Stellung gespannt erhalten, und können durch Drehen des Instrumentes bequem einzeln zugänglich gemacht und versorgt werden. Verf. macht anschließend daran noch darauf aufmerksam, daß zweckmäßigerweise für die Haltefäden dickere Seide gewählt werden soll, während für die eigentliche Naht dünnere Seide vorteilhafter sei. *Neumann* (Heidelberg).

Galeazzi, R., Neuer Artrogoniometer. (*Orthop. Klinik d. Inst. f. Rachitische, Mailand.*) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31**, S. 212—217. 1913.

Das Galeazzische Instrument zur Messung von körperlichen Winkeln besteht aus 2 Teilen, einem „Misurator" und dem Goniometer. Ersterer setzt sich aus zwei biegsamen Metallstäben zusammen, die durch ein Doppelgelenk miteinander verbunden sind und die an die Schenkel des zu messenden Gelenkes angelegt werden. Der Goniometer dient zum Ablesen des durch den Misurator festgestellten Winkels, indem dieser an jenen angelegt wird. Der Goniometer stellt einen Transporteur mit beweglichem Radius dar, welcher die Basis eines senkrecht dazu angeordneten, das gleiche Zentrum wie der erste Transporteur besitzenden, nur 90° betragenden zweiten Transporteurs hat. *Peltesohn* (Berlin).

Treiber, Erfahrungen mit dem Mastixverband nach v. Oettingen. (*Landes-Irrenanst., Landsberg a. W.*) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. **14**, S. 504, 505. 1913.

Seit $2^1/_2$ Jahren gerade im Irrenanstaltsbetriebe bewährt. Erspart Verbandmittel. Lösung in der Anstaltsapotheke, Mullwattebäusche vom Personal billig herzustellen. Einfaches, sicheres, schnelles Verbandverfahren. *Georg Schmidt* (Berlin).

Arnd, C., Zugverbände mit Trikotschlauchbinden. (*Inselspit., Bern.*) Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte **43,** S. 15—16. 1913.

Arnd empfiehlt auf Grund zahlreicher eigener Erfahrungen zu Extensionsverbänden an Stelle des Heftpflasters, das sich besonders im Sommer leicht verschiebt und Decubitus macht und der Heußnerschen Harzklebemasse, die zuweilen Ekzeme verursacht, dicke Trikotschlauchbinden, die auf die mit Mastix oder besser mit Zinkleim bestrichene Haut gerollt wird. Verbände konnten so ohne jede Schädigung bis 30 Tage liegen. Der Zug ist infolge der Benutzung der ganzen Hautoberfläche sehr gleichmäßig. Die Technik des Verbandes ist einfach; man muß, um einen Pes equinus zu vermeiden, die Binde vom Fußgelenk ab peripher auf der vorderen und hinteren Seite einschneiden, so daß zwei Bindenzüge entstehen und die Enden der Einschnitte zwecks Vermeidung eines Decubitus dick mit Watte polstern. Auch an der Hand muß man die Enden des Spaltes unterpolstern. *Simon* (Magdeburg).

Peck, J. Wicliffe, Celluloid splints. (Celluloid-Schienen.) Pharmaceut. journal a. pharmacist. **90,** S. 5. 1913.

Empfehlung und Beschreibung der bekannten Celluloid-Acetontechnik für Gliederhülsen und Rumpfstützen. *Bergemann* (Berlin).

Radiologie:

Felten-Stolzenberg, Richard, und Felicitas Felten-Stolzenberg, Zur Technik der Fremdkörperextraktion. Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 50—51. 1913.

Verff. befestigen auf der Haut zwei feine Drahtnetze, deren Fäden gegeneinander einen Winkel von 45° bilden. Röntgenaufnahme und Aufzeichnung der Projektionen des Fremdkörpers mit Tusche auf die Haut. Darauf dasselbe Verfahren unter Auflegung der Netze in einer anderen Ebene. Der Fremdkörper liegt auf dem Schnittpunkt zweier Geraden, die durch Verbindung der 4 Endpunkte entstehen. Die beiden Geraden stellt man sich durch feine Nadeln dar, die man mit Hilfe eines beschriebenen verschieblichen Rechtecks durch die Gewebe durchführt. *Schlesinger* (Berlin).

Nogier, Th., et Cl. Regaud, Les effets biologiques des hautes doses de rayons X durs sélectionnés par filtration, applications thérapeutiques. (Die biologischen Wirkungen der hohen Dosen der harten durch Filtration gewonnenen X-Strahlen und ihre therapeutische Anwendung.) Paris méd. S. 117—124. 1913.

Reines hartes Röntgenlicht erhält man nur durch Filtration. Wie das Rotglas nur das rote Sonnenlicht durchläßt, so läßt das Aluminiumfilter von dem heterogenen Röntgenlicht nur ein hartes Röntgenlicht durch. Nach Guilleminot läßt ein Filter von 5 mm Aluminium 27,1% der Strahlung durch und ein Filter von 10 mm nur noch 7%. Nach den Versuchen der Autoren erträgt die Haut Röntgenlicht, das durch 4 mm Aluminium gefiltert ist, in einer Menge von 14 H. (gemessen auf der Haut) ebensogut wie 5 H. von mittelweichem und gefiltertem Licht. Die Schädlichkeit des Lichtes nimmt mit der Dünne des Filter zu. Bei einem Filter von 2 mm darf höchstens eine Menge von 10 H. in einer Sitzung verabreicht werden, Der Unterschied der Strahlenarten prägt sich auch in der Schädigung der Haut aus. Ungefiltertes Licht macht eine Radiodermitis, während das gefilterte Licht nur eine Verbrennung macht, die man Radioepidermitis nennen kann, d. h. die Malpighische Schicht bleibt verschont, denn der durch das gefilterte Licht gesetzte Defekt überhäutet sich rascher (in 2—4 Wochen) und die Vernarbung hinterläßt keine Spuren. Die Haut von Hunden und Katzen, welche in dieser Weise durch 4 mm gefiltertes Röntgenlicht geschädigt war, hat nachträglich einen operativen Eingriff ohne Störung der Wundheilung ertragen, während eine Röntgenmenge von 20 H. durch 2 mm gefilterten Lichtes ohne Verbrennung eine latente Überempfindlichkeit der Haut erzeugte, welche so stark war, daß ein einfacher aseptischer Eingriff eine ulcerierende Radiodermitis auslösen konnte. Das ungefilterte Licht zeigte am Hoden von Ratten, Hunden, Widder eine diffuse und nur oberflächliche Wirkung, während 25 H. durch 5 mm Aluminium gefilterten Lichtes in einer Sitzung ohne Zerstörung des Organes selbst den Hoden zu sterilisieren vermochten. Die Verfeinerung der besser auslesenden cytokaustischen Wirkung ist der Hauptvorteil der starken Filtration (5 mm). Diese Filtrierung gestattet die Absorption in den oberflächlichen Schichten zu vermindern und in Tiefenlage zu vermehren. Schwache Filter: 1—2 mm, starke Filter: 3—5 mm; 15—20 Minuten pro Sitzung.

Die Autoren wollen mit ihren Vorschlägen die gebräuchliche Praxis umstoßen, sie verwerfen ungefilterte oder schwach gefilterte Bestrahlung als unnütz oder schädlich. Sie verlangen selbst für die Behandlung von Hauterkrankun-

gen Hypertrychosis und Basalzellkrebs starke Filterung und starke Bestrahlung (Hyperrtrychosis 3—4 mm, Basalzellkrebs 2—5 mm, 15—18 H. pro Sitzung). Sie verweisen auf ihr Beweismaterial, das in ihren Arbeiten im Archives d'électricité médicale und Lyon chirurgicale 1913 erscheint. Nogier und Regaud geben zu, daß die starke Filtration Gefahren für die tiefliegenden Organe, namentlich für den Verdauungstraktus, in sich birgt. Durch genaue Lokalisation wollen sie die Gefahr vermindern. Von Spätschädigungen wird nicht berichtet. Die Autoren scheuen sich auch nicht, eine Stelle der Haut, deren Grenzen schon einmal überschritten worden ist, die also geschwürig war, da es sich ja nur um eine Radioepidermis handelte, wieder zu bestrahlen.

Iselin (Basel).

Triboulet, Albert-Weil et Paraf, Purpura, pseudo-hémophilie, épistaxis répétées, insuccès des différentes thérapeutiques, radiothérapie, guérison. (Purpura, Pseudohämophilie, wiederholtes Nasenbluten, Erfolglosigkeit der verschiedensten therapeutischen Maßnahmen, Röntgenbestrahlung, Heilung.) Ann. de méd. et chirurg. infant. **17,** S. 1—4. 1913.

Verff. berichten von einem 7jährigen Mädchen, das an der genannten, äußerst heftig auftretenden Bluterkrankung litt, und schwere Veränderungen des Blutbildes aufwies. Nachdem die Anwendung der verschiedensten Mittel: Diphtherieserum, Adrenalin, Pepton, Milzextrakt, Knochenmark ohne Erfolg geblieben war, wurden die Röntgenstrahlen zu Hilfe genommen. Pat. bekam im Verlaufe von 10 Tagen 4 Dosen zu 2 H. mit harter Röhre und Aluminiumfilter. und zwar 2 Dosen auf die vergrößerte Milz und je eine auf jede Oberschenkeldiaphyse. Es trat danach schnell völlige Heilung ein mit Rückkehr des Blutbildes zur Norm. Es handelte sich um eine schwere einfache Anämie, bei der diese Reizung der blutbildenden Zentren durch Röntgenstrahlen von so gutem Erfolg begleitet war. *Hoffmann* (Dresden).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Eisengräber, Eine seltene Indikation zur Unterbindung der linken Carotis communis. Med. Klinik. **9,** S. 62. 1913.

Stichverletzung des Schädelinnern durch einen durchs Auge eingedrungenen „spitzen Gegenstand". Wegen Symptome intrakranieller Drucksteigerung (Besinnungslosigkeit, Pulsverlangsamung) Annahme einer Blutung an der Gehirnbasis; Unterbindung der A. Carotis communis und Anlegung eines Trepanationsventils auf der Seite der Verletzung. — Nach dreiwöchentlicher Unbesinnlichkeit Ausgang in Heilung. *Riedl* (Linz a. Donau).

Hacker, v., Ersatz von Schädel- und Duradefekten. Bemerkung zu der gleichnamigen Mitteilung von Dr. Fritz Berndt. Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 47. 1913.

Das von Berndt angegebene Verfahren zum Ersatz von Schädel- und Duradefekten stellt die von Hacker bereits 1902 inaugurierte Periostplastik dar. Bekanntlich leistete die Methode klinisch als Duraplastik Gutes. Im Gegensatz zu Röpke und Kleinschmidt zieht v. H. bei gleichzeitigem Defekt in Dura und Knochenkapsel es vor, jeden Defekt für sich zu ersetzen. Zur Duraplastik benutzt v. H. zurzeit frischen oder präparierten Bruchsack. *Rehn* (Jena).

Couto, M., Über einen Fall von „Hydrocephalus idiopathicus" unter der Maske des „Weberschen Symptomenkomplexes". Sofortige Heilung durch Lumbalpunktion. (*Med. Univ.-Klinik, Rio de Janeiro.*) Neurol. Zentralbl. **32,** S. 20—24. 1913.

24jähriger kräftiger Mann, bei welchem Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Lähmung des linken Pyramidalstranges und des rechten Oculomotorius im Anschluß an eine fieberhafte Erkältung binnen wenigen Tagen aufgetreten waren und seit 1 Monat bestanden. Lumbalpunktion. Liquor unter hohem Druck mit der Tendenz rasch abzusinken. Es werden tropfenweise 35 ccm entleert. Normaler Eiweiß-, spärlicher Lymphocytengehalt, Wassermann negativ. Schon während der Punktion Besserung der Kopfschmerzen. Binnen 24 Stunden erhebliche Besserung aller Symptome. Nochmalige Punktion von 20 ccm. Rasche vollkommene Heilung. *Wrede* (Jena.)

Hirnhäute, Gehirn:

Lenormant, Ch., Les hémorragies traumatiques intra-dure-mériennes. (Die traumatischen subduralen Blutungen.) Presse méd. **21**, S. 13—15. 1913.

Der Aufsatz Lenormants bringt im wesentlichen ein ausführliches Referat des Vortrages des Referenten am letzten Chirurgenkongreß (Henschen, Diagnostik und Operation der traumatischen Subduralblutung. Arch. f. klin. Chir. **99**) und entwirft auf Grund dieser Mitteilung und früherer Arbeiten von Broca und Maubrac, Brion, Krönlein und Meyer eine anschauliche Darstellung der Pathologie und Klinik der intraduralen Hämatome. Übereinstimmend mit Henschen konnte Vibert 1912 feststellen, daß nach seinen Erfahrungen subdurale Blutergüsse von selbständiger Bedeutung bei Schädelverletzten gleich häufig oder häufiger seier als die extraduralen und zwar ohne oder mit Begleitfrakturen beliebigen Sitzes. L. bespricht die verschiedenen Blutungsquellen, die Lokalisation dieser Extravasate, die Druckwirkungen am Gehirn, die Resorptionsverhältnisse und die klinischen Erscheinungen nach der Darstellung von Henschen. Manche von dem Hämatom nicht direkt komprimierten Zentren können durch Fernwirkung betroffen werden, so kommt eine gleichzeitige klinische Beteiligung der motorischen Zentren und der Basisnerven bei reinen Basisextravasaten und Unversehrtheit der motorischen Rindenfelder vor. Hyperthermie, Zeichen meningealer Reizung (umschriebener lokalisierter Schmerz, Nackensteifigkeit, Kernig, Delirien, Absences), dann das nicht plötzliche, sondern mehr einschleichende Auftreten von Lähmungen, das Vorherrschen von Reizzuständen in der motorischen Sphäre zeichnen das intradurale Hämatom vor dem extraduralen aus. *Henschen* (Zürich).

Oppenheim, Hermann, Über klinische Eigentümlichkeiten kongenitaler Hirngeschwülste. Neurol. Zentralbl. **32**, S. 3—10. 1913.

4 klinisch beobachtete Fälle, in welchen Oppenheim die Diagnose auf Angiom des Gehirns stellte. Das Leiden ist erkennbar an dem Vorhandensein anderweitiger Angiome, angiopathischer oder kongestiver Zustände oder auch nur kongenitaler Entwicklungsstörungen, ferner an dem Symptomenbild eines Hirnleidens, bei dem epileptische Anfälle im Vordergrund stehen vom Typus mehr der corticalen als der idiopathischen Epilepsie. Dazu kommen Ausfalls- oder Lähmungserscheinungen einer Körperhälfte, welche sich in apoplektiformer Weise entwickeln und auf das motorische Gebiet der Hirnrinde oder die Zentralganglien hindeuten. Hirndrucksymptome fehlen oder treten nur in Begleitung der Lähmungsattacken auf. Wichtig ist der schleppende Verlauf manchmal mit sehr langen freien Intervallen und das Manifestwerden oft im Anschluß an Traumen oder auch psychische Erregungen. *Wrede* (Jena).

Zirbeldrüse:

Marburg, Otto, Die Klinik der Zirbeldrüsenerkrankungen. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. **10**, S. 146—166. 1913.

Einteilung der Symptome in allgemeine Hirndrucksymptome, lokale Drucksymptome seitens der Nachbargebilde und Symptome, die auf die Zirbel selbst zu beziehen sind. Das konstanteste Symptom ist der Kopfschmerz, der nicht selten occipital sitzt und mit Nackensteifigkeit, Opisthotonus und Intensitätswechsel beim Vornüberbeugen verknüpft ist. Schwindel selten, Erbrechen etwas häufiger, Stauungspapille, rechts oft früher als links, Nachlassen von Gedächtnis und Intellekt, Schlafsucht und tonische Krämpfe. Von Nachbarsymptomen wird als charakteristisch angegeben: frühzeitige Pupillenträgheit oder -starre, Blicklähmung nach oben und unten, eventuell das Ergriffensein einzelner Oculomotoriusäste oder des Trochlearis. Bilaterale Hörstörung, Tremor, eventuell Monoplegie der Extremitäten durch Schädigung des Mittelhirns. Ataktischer Gang ist auf Kleinhirnschädigung durch den begleitenden Hydrocephalus und Läsion des Balkens zu beziehen. Eigentliche Zirbelsymptome sind vorzeitige Genitalhypertrophie und allgemeine Verfettung. Differentialdiagnostisch kommen die Geschwülste des Kleinhirns und der Brücke in Betracht.

Wenn nicht frühzeitige Genitalentwicklung und Adipositas vorhanden sind, ist die Diagnose oft kaum zu stellen. — Literaturverzeichnis. *Biernath* (Lichterfelde).

Marquès, H., et A. Peyron, Sur l'acromégalie, l'acromégalo-gigantisme et leurs formes frustes. Importance des données fournies par la radiographie. (Über Akromegalie, akromegalen Riesenwuchs und deren „formes frustes". Wichtigkeit der Röntgenbefunde). Arch. d'électr. méd. **21**, S. 23—26. 1913.

Um die Beziehungen zwischen Hypophyse, Akromegalie und Riesenwuchs weiter zu klären, sind besonders auch die atypischen, unausgebildeten Fälle zu beachten, für deren Diagnose und Prognose wiederholte Röntgenaufnahmen des Schädels unerläßlich sind, zur Erkennung der fortschreitenden Zunahme der Türkensattelausweitung. Mitunter ist auch der Schatten der vergrößerten Hypophyse auf dem Bilde zu sehen. 2 Fälle u. a., in denen das Röntgenbild die Diagnose Akromegalie gegenüber Trommelschlägelfingern erhärtete. Eine Reihe angedeuteter Krankheitszeichen bei den Angehörigen Akromegaliekranker bezeichnen die Verff. als Akromegalismus. *Tölken* (Zwickau).

Auge:

Lutz, A., Über einen Fall von Mitbewegung des Oberlides, die auch willkürlich hervorgerufen werden kann. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. **51**, S. 32—36. 1913.

Zu dem Kapitel von Mitbewegung des oberen Augenlids liefert Lutz einen Fall, der sich von bisher beschriebenen dadurch auszeichnet, daß das Emporschnellen des Lides willkürlich ausgeführt werden konnte.

Der 27jährige Mann zeigte die Erscheinung schon im 5. Lebensjahre, möglich ist auch, daß sie schon angeboren war. Die Pupillenreaktion war ungestört, es bestand eine Parese des Muscul. obliq. sup. dextr. Die Mitbewegung des rechten oberen Augenlides trat ein beim Blick nach links unten, also in der Richtung der Funktion des paretischen Augenmuskels. Mimik und die sog. Prinzipalbewegungen waren ohne Einfluß, dagegen löste schon hier und da bloßes Öffnen des Mundes und stets Seitwärtsschiebung des Kiefers nach links das Phänomen aus; auch bei geschlossenem Munde ohne irgendwelche anderen Anregungen konnte der Mann die Mitbewegung rechterseits ausführen.

Die Erscheinung beruht auf einer Störung im Bereich der supranucleären Verbindungen der Augenmuskelnervenkerne (Fasciculus longitudinalis posterior oder Thalamus opticus); infolge einer Koordinationsstörung zwischen beiden Oberlidern kommt es zu dem Emporschnellen des einen Lides; diese Koordinationsstörung läßt sich am einfachsten erklären durch den Wegfall einer Hemmung, die normalerweise bei jedem Menschen vorhanden ist; durch das Umsichgreifen auf die eigentliche Kernregion zieht sie eine wirkliche Kernläsion weiterer Augenmuskeln nach sich. *de Ahna.*

Bouquet, H., Volumineuse tumeur l'orbite. (Großer Tumor in der Orbita.) Gaz. des hôp. **86**, S. 38—40. 1913.

Beschreibung eines großen retrobulbären Fibroms, das unter Erhaltung des Auges exstirpiert werden konnte und nicht rezidivierte. Ausgangspunkt war wahrscheinlich die Tenonsche Kapsel. *Ströbel* (Erlangen).

Nase:

Canestro, Corrado, Über die Knorpelplastik der Nasenflügel. (*Inst. f. spez. Chirurg., Univ. Genua.*) Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. **27**, S. 184—188. 1913.

Canestro empfiehlt bei Zerstörung oder völligem Mangel der Nasenflügelknorpel, ebenso bei Insuffizienz derselben und Lähmung der Nasenflügelmuskel, die autoplastische Knorpeltransplantation zum Ersatz des Knorpelstützapparates. C. ging bei dem mitgeteilten Fall von Rhinitis atrophicans mit entstellender Einsenkung des rechten Nasenflügels, mit einer kleinen Modifikation des Königschen Verfahrens vor, indem er zur Plastik anstatt des gebräuchlichen Hautknorpelstückes vom Ohr ein Stückchen Rippenknorpel verwandte, welches gut einheilte und ein befriedigendes, kosmetisches Resultat zeitigte. Beobachtungsdauer: 4 Monate. *Rehn* (Jena).

Ssamoylenko, M. Al., Postoperative Verödung der Stirnhöhlen. Experimentelle Untersuchung. (*Kab. f. pathol. Anat. u. Histol. u. Klin. f. Ohren-, Hals- u. Nas.-Krankh., St. Petersburg.*) Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. **27**, S. 137—154. 1913.

Verf. eröffnete an Katzen und Hunden die Stirnhöhlen, entfernte die Schleimhaut und das Periost und konnte konstatieren, daß in der Mehrzahl der Fälle nach 5—6 Monaten der Sinus frontalis durch neugebildetes Knochengewebe verödet war. Da die Knochenstruktur bei Tieren und bei Menschen identisch ist, hält Verf. eine Verödung der Stirnhöhlen nach der Operation auch beim Menschen für möglich. Nach seinen Untersuchungen wächst die Nasenschleimhaut nicht in die Stirnhöhle hinein und kann also eine Überdeckung des operativ eröffneten Sinus durch die Nasenschleimhaut nicht stattfinden. *Kahler* (Freiburg i. B.).

Wertheim, Edmund, Über die Beziehungen der Neuritis optica retrobulbaris zu den Nebenhöhlenerkrankungen der Nase. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. **27**, S. 162—179. 1913.

Die in der Literatur bisher veröffentlichten Fälle von Sehnervenerkrankung infolge Nebenhöhleneiterungen halten nicht alle einer strengen Kritik stand, doch meint Verf., daß eine zu weitgehende Skepsis nach den Erfahrungen der neueren Zeit auch nicht angebracht erscheint. Zweifellos kommt infolge von Erkrankungen der hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle retrobulbäre Neuritis gar nicht so selten vor, was ja in den anatomischen Beziehungen dieser Nebenhöhlen zum Sehnerven seine Erklärung findet. Spontan heilende Augenaffektionen bei bestehender Nebenhöhleneiterung sind so aufzufassen, daß infolge spontaner Heilung des akuten Empyems oder spontanem Abklingen einer akuten Exacerbation auch die entzündliche Reizung des Sehnerven schwindet. Das genetische Moment bei der rhinogenen retrobulbären Neuritis ist vermutlich der Druck des Nebenhöhlenexsudates, der zu Zirkulationsstörungen führt. Ob wirklich meist der vulnerabelste Sehnervenanteil, das papillomakuläre Bündel zuerst erkrankt, was die von einigen Autoren beschriebene Vergrößerung des blinden Fleckes zur Folge hat, scheint noch nicht festgestellt. Verf. tritt für die probatorische Eröffnung der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhlen bei retrobulbärer Neuritis unbekannter Ätiologie ein, auch wenn die Rhinoskopie keine Anhaltspunkte für eine Eiterung ergibt, da erfahrungsgemäß auch bei negativem rhinoskopischem Befund Entzündungen in den Siebbeinzellen gefunden werden. Eventuell sind auch die hinteren Nebenhöhlen der contralateralen Seite zu eröffnen, weil die Keilbeinhöhle und die hinteren Siebbeinzellen über die Medianlinie hinweg auf die Seite des erkrankten Auges herüberreichen und hier in nahen topischen Beziehungen zum Sehnerven stehen können. Mitteilung eines einschlägigen Falles, bei dem eine retrobulbäre Neuritis durch Eröffnung der Siebbeinzellen geheilt wurde. Das Fortbestehen der Heilung konnte noch nach $1^1/_2$ Jahren konstatiert werden. *Kahler*.

Ohr:

Stockdale, E. Malcolm, Serous otitic meningitis, with septic thrombosis of the left lateral sinus and internal jugular vein, successfully treated by operation. (Otogene seröse Meningitis mit septischer Thrombose des linken Seitensinus und der Vena jug. int. Heilung durch Operation.) Journal of laryngol., rhinol. a. otol. **28**, S. 1—6. 1913.

Stockdales Kranker, ein 12jähriger Knabe, litt seit dem 3. Jahr im Anschluß an Scharlach an einer doppelseitigen chronischen Mittelohreiterung. Nachdem die einfache Trepanation des linken Warzenfortsatzes für einige Jahre Besserung gebracht hatte, mußte 1908 linkerseits die vollständige Radikaloperation nachgeholt werden. Schwere Erscheinungen führten ein Jahr später zu einer Radikaloperation auch der rechten Seite, wobei nach Ausräumung der eitergefüllten Mastoidhöhle im rechten Seitensinus eine vereiterte Thrombusmasse festgestellt wurde, welche bis über die Mündungsstelle der Vena facialis hinabreichte. St. unterband die Vena jugularis int. über dem Schlüsselbein, ebenso die einmündenden Zuflußvenen (V. facialis, lingualis, thyreoidea) und nähte das kraniale Jugularisende in das obere Wundende ein. Andern Tags entleerte sich aus dem Venenrohr fötider schwarzer Eiter. Kurze Zeit nach dem Ein-

griff wurden Mikrokokken im Lumbalpunktat, Neuritis optica, Zuckungen der Arme und Beine, hektische Abendtemperaturen und rasche Verschlechterung des Allgemeinbefindens festgestellt, welshalb Dura und Arachnoidea über und unter dem rechten Seitensinus gespalten und dabei reichlich Flüssigkeit abgelassen wurde. Danach bildete sich eine Kleinhirnhernie an der Operationsstelle mit intermittierendem Liquorabfluß an der Kuppe, der wahrscheinlich dem 4. Ventrikel entstammte. Nach operativer Abtragung der spontan geborstenen Hirnhernie und plastischer Überdeckung der Operationsstelle trat endlich Heilung ein. *Henschen.*

Zografides, A., Bilaterales Ekchondrom der Ohrmuschel. Wien. klin. Wochenschr. **26,** S. 18—19. 1913.

Verf. teilt einen seltenen Fall mit von symmetrischen taubeneigroßen Tumoren an der Anthelix beider Ohrmuscheln bei einem 12jährigen Mädchen. Mikroskopisch bestanden die durch Ausschälung entfernten Tumoren aus elastischem Knorpelgewebe. Photographie. 4 histologische Abbildungen. Kurzes Literaturverzeichnis.

Hartert (Tübingen).

Clement, F., Über Blutungen aus dem Ohre. (*Charité, Berlin.*) Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol. u. Therap. d. Ohr., d. Nase u. d. Halses **6,** S. 136—137. 1913.

Mund:

Hesse, Beitrag zur Kenntnis der Adamantinome. Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. **31,** S. 15—34. 1913.

Beschreibung eines Falles von Adamantinom bei einem 21jährigen Mädchen. Nach zweimaliger Operation stellte sich doch wieder ein Recidiv ein. Verf. bespricht eingehend die Histologie dieser Geschwülste, die sich vom Schmelzkeimepithelgewebe herleiten und bald als solide Gewächse, bald cystisch entartet auftreten. Obwohl sie meist in den mittleren Lebensjahren beobachtet werden, ist es wahrscheinlich, daß die Entstehung in die Zeit der Pubertät, wenn nicht früher in die Dentitionsperiode fällt, da sie wegen ihres langsamen Wachstums oft latent bleiben. *Stammler* (Hamburg).

Vaugiraud, de, Deux cas d'abcès amygdalien et péripharyngien. 2 Fälle von Mandel- und Peripharyngealabsceß. Arch. de méd. d. enfants **16,** S. 41 bis 43. 1913. Kasuistische Mitteilung.

Wirbelsäule:

Nordentoft, Severin, und Jacob Nordentoft, Et tilfælde af Fractura vertebra cervicalis V, behandlet med Laminectomi. (Ein Fall von Fractura vertebrae cervicalis V, behandelt mit Laminektomie.) Hospitalstidende **56,** S. 49—57. 1913.

Ein 21jähriger Mann bekam, als er beim Baden auf den Kopf ins Wasser sprang, ein Trauma capitis und wurde sofort bewußtlos. Es wurde eine Parese des Truncus und der Unterextremitäten konstatiert und durch Röntgenaufnahme konnte eine sagittale Fraktur des 5. Halswirbelkörpers festgestellt werden. Da die Parese unverändert weiter bestand, wurde ein halbes Jahr nach der Verletzung eine Laminektomie an dem betreffenden Wirbel gemacht. Trotzdem mangelnde Sehnenreflexe (Bastians Symptom) auf eine Ruptura medullae hingewiesen hatten, wurde keine Kontinuitätstrennung nachgewiesen; doch war das Mark stark komprimiert. Eine Besserung wurde durch die Operation nicht erreicht, obwohl die Oberextremitäten ein bißchen besser bewegt wurden, als vor der Operation. 6 Monate nach der Operation unterlag der Kranke einer eitrigen Cysto-pyelitis mit schweren pyämischen Erscheinungen (Decubitalgeschwüre). Verf. empfiehlt, die Laminektomie zu machen, sobald die Medullakompression diagnostiziert ist. *Permin* (Kopenhagen).

Doerr, Robert, Beitrag zur statischen Skoliosenfrage. (*Orthop. Univ.-Poliklin., München.*) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31,** S. 1—13. 1913.

Die außerordentlich schwankenden Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens der statischen Skoliosen sowie die Ansicht verschiedener Autoren, daß die ontogenetisch funktionellen Veränderungen eine Absurdität seien, veranlaßten Doerr, das große Skoliosenmaterial der Langeschen Klinik in München hinsichtlich der Zahl von statischen Skoliosen zu untersuchen. Zur Feststellung einer statischen Skoliose gehört eine unbedingt genaue Längenmessung der unteren Extremität, zu welchem Zwecke sich Verf. eines von ihm modifizierten Meßapparates nach Engelhard bediente. Alle Messungen wurden an verschiedenen Tagen dreimal wiederholt, so daß Falschmessungen

als möglichst ausgeschlossen gelten können. Von jedem Patienten wurde eine Röntgenaufnahme des Beckens inklusive des oberen Teils des Oberschenkels gemacht, um eine Coxa vara resp. Coxa valga auch röntgenologisch festzustellen. Die Röntgenaufnahmen wurden in einer Innenrotation des Beines von ca. 20—30° gemacht. Die Untersuchungen erstreckten sich auf 220 Skoliosen. Es kamen 14 Fälle zur Beobachtung, was also einem Prozentsatz von 7 entspricht, sich demnach den von Schultheß geschätzten Werten von ca. 5%, auf das Totalskoliosenmaterial umgerechnet, nähert. Weiter ergab sich aus diesen Untersuchungen, daß das Vorkommen der statischen Skoliosen ganz ohne Zweifel feststeht, und daß es häufiger ist, als von vielen Seiten angenommen wurde. Ferner ist eine Untersuchung der ganzen statischen Einheit, das ist untere Extremität inklusive Becken, bei jeder Lendenskoliose, besonders bei denen, die mit Schmerzen vorhanden sind, unbedingt erforderlich. *Bibergeil* (Berlin).

Saalmann, Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Spina bifida. (*Städt. Wenzel-Hancke-Krankenh., Breslau.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **120,** S. 387—392. 1913.

Ein Fall von spina bifida occulta, erkannt erst aus dem Röntgenbild, nachdem zuvor die Diagnose auf tub. Absceß, ausgehend von einer Wirbelkaries, gestellt war. Charakteristisch für die gen. Erkrankung zeigte das Bild außer der Trennung der Wirbelkörper deutlich die von Putti als Platyspondylus bezeichnete Abflachung und Verbreiterung des 4. und 5. Lendenwirbels in horizontalem Durchmesser. Das Kind kam 8 Tage nach glücklich überstandener Operation, durch die die vorhandenen Lähmungserscheinungen (Druck des Abscesses auf den Plexus sacralis) beseitigt wurden, ad exitum infolge diffuser Bronchopneumonie. *Knoke.*

Rückenmark, peripherisches, sympathisches Nervensystem:

Haškovec, Lad., Zur Symptomatologie und Diagnose der Störungen der Cauda equina und des Conus medullaris. Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 29—38. 1913.

Verf. berichtet über einen interessanten Fall von Läsion der Cauda equina. Auf Grund der vorhandenen Anästhesie der Perinealgegend, des Penis und Hodensackes, der Hypästhesie auf der hinteren Seite der unteren Extremitäten und der Füße, und der Störungen der vesico-rectalen und Geschlechtsfunktion muß eine zu den beiden Sakralplexus, besonders aber zu der 3. und 4. Sakralwurzel in Beziehung stehende Affektion angenommen werden, die Verf. unter ausführlicher Besprechung der differentialdiagnostischen Merkmale in die Cauda equina verlegt und auf Grund der (allerdings unsicheren) Anamnese, der hauptsächlich nachts auftretenden Schmerzen und des negativen röntgenologischen Befundes bei der langen Dauer der Erkrankung (22 Jahre!) als chronisch luetischen Prozeß ansieht. Angaben über den eventuellen Erfolg einer spezifischen Behandlung, der die Diagnose bekräftigen würde, fehlen, ein operativer Eingriff ist nicht gemacht worden. *Guleke* (Straßburg).

Ebers, Paul, Fall von operiertem Rückenmarkstumor. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 70—71. 1913.

23jährige Frau, bisher gesund, erkrankte plötzlich nach einer Erkältung mit Fieber, Schmerzen im Rücken und Parästhesien im rechten Bein. 2 Monate später bot sie schwere, aber rein halbseitige Störungen zentraler Natur, außerdem noch Nystagmus, Abblassung der temporalen Papillenhälften sowie Fehlen der Bauchdeckenreflexe. Es wurde an multiple Sklerose gedacht. In wenigen Wochen verwandelte sich dieses Bild in das der kompletten Querschnittsläsion um, so daß das Vorhandensein eines raumbeengenden Prozesses im Wirbelkanal als höchst wahrscheinlich angenommen wurde. Die Lumbalpunktion ergab: Druck 110, Flüssigkeit schwach gelb gefärbt, viel Eiweiß, wenig Leukocyten. Bei der durch Garré ausgeführten Operation, bei der über dem 2. und 3. Brustwirbel eingegangen wurde, da als Sitz der Neubildung wegen der oberen Grenze der Sensibilitätsstörungen an der 4. Rippe das 3. bis 5. Dorsalsegment angenommen wurde, fand sich unter dem 2. Wirbel ein flaches, rötliches dem Duralsack auflagerndes Gebilde. Nach Abschaben desselben und Eröffnung des Sackes drängte sich ein sulzige, tief dunkelblaue Masse vor, die der Hinterfläche des Rückenmarkes auflag. Auslöffelung der bis ins Niveau des 1. Wirbels reichenden weichen Neubildung, deren Zentrum zapfenförmig das Rückenmark arrodiert hatte. Die histologische Untersuchung (Ribbert) ergab ein von den Häuten ausgehendes großzelliges Sarkom. Heilung p. p. Eine anfängliche Besserung ging bald wieder zurück. Schmerzhafte Muskelkrämpfe, hochgradige Reflexerregbarkeit, Schwindel, Cystitis, Decubitus. Tod 1 Monat post operationem. Autopsie nicht gestattet, so daß die Möglichkeit eines Nebeneinanderbestehens von Tumor und multipler Sklerose offen blieb. *Streißler* (Graz).

Weiss, Robert, Eine den Symptomen der Klumpkeschen Lähmung ähnliche Unfallfolge. (*Orthop. Heilanst. v. Dr. Gaugele, Zwickau i. S.*) Ärztl. Sachverst.-Zeit. **19,** S. 31—32. 1913.

Ein Bergarbeiter, der vor 2 Jahren verschüttet worden war, zeigte Symptome ähnlich denen bei Klumpkescher Lähmung, und zwar auf der beim Unfall anscheinend weniger stark betroffenen Seite: Sympathicusstörung, nämlich Ptosis des Oberlids, Miosis, stärkere Rötung und Andeutung von Glanzhaut am Ohr, Sistieren der Schweißsekretion auf der gleichen Seite des stark asymmetrischen Gesichts; ferner eine leichte Störung sensibler Nerven am gleichseitigen Arm, und zwar betreffend Äste der 8. Wurzel des Cervicalplexus und der 1. Wurzel des Dorsalmarks; die Beziehung zum Sympathicus wird hergestellt udrch das benachbarte Ganglion cervicale inferius. *Grashey* (München).

Hals.

Allgemeines:

Bauer, Albert, Der Schiefhals. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. **5,** S. 191—279. 1913.

Das am Beginn der Arbeit stehende Literaturverzeichnis von 470 Nummern läßt das rege Interesse, das jederzeit von Chirurgen und Orthopäden dieser Erkrankung entgegengebracht wurde, erkennen. Dennoch ist weder auf ätiologischem noch therapeutischem Gebiet völlige Einigung der Anschauung erzielt, so daß die Arbeit eine Zusammenstellung und kritische Würdigung der am meisten und besten vertretenen Ansichten darstellt. Den bei weitem größten Raum nimmt die Besprechung des muskulären Schiefhalses ein, der durch andere Ursachen, Augen-, Ohrenerkrankungen, Adenotomie, Kropf und Tumoren bedingte Schiefhals ebenso der ossäre, dermatogene, desmogene und rheumatische werden kurz abgehandelt. Der neurogene Schiefhals ist einer besonderen Besprechung vorbehalten. — In der Frage der Ätiologie stehen sich heute noch hauptsächlich zwei Anschauungen gegenüber, die sich auf klinische Beobachtungen, pathologisch-anatomische Untersuchungen und Experimente stützen. Das sind einmal die Annahme der traumatischen Entstehung, andererseits die Erklärung des Schiefhalses als intrauterine Belastungsdeformität. Bei der Abwägung der für und wider jede der Anschauungen sprechenden Punkte ist zu konstatieren, daß die Annahme der intrauterinen Belastung in den weitaus meisten Fällen alle Erscheinungen in vollkommen befriedigender Weise zu erklären vermag, daß sie also die weitaus überlegene ist. Wegen des sicher vereinzelt nachweisbaren Hämatoms im Kopfnicker kann daneben in der Minderzahl eine traumatische Genese nicht geleugnet werden, in einzelnen kommt auch eine entzündliche noch in Frage. Bezüglich der Therapie kommt heute da, wo die rein orthopädische Behandlung nicht mehr ausreicht, fast nur die offene operative Methode in Betracht. Nur von wenigen Autoren wird die subcutane Durchtrennung des Kopfnickers empfohlen. Während die Mehrzahl der Chirurgen die Durchtrennung am sterno-clavicularen Ansatz des Kopfnickers ausführen, empfiehlt Lange u. a. die Durchtrennung am oberen Ende. Miculicz führte die Exstirpation des Muskels in die Therapie ein und schließlich sind auch noch verschiedene plastische Methoden des Kopfnickerersatzes angegeben worden. Nach Verf. gebührt der Miculiczschen Methode der Vorrang, weil sie keine längere Nachbehandlung erfordert, sondern häufig auch ohne diese zum Ziele führt. *Baisch* (Heidelberg)

Streißler, Eduard, Die Halsrippen. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. **5,** S. 280 bis 360. 1913.

Über den Begriff Halsrippe ist auch heute hinsichtlich des Ausbildungsgrades und Ursprunges unter den Anatomen keine völlige Übereinstimmung erzielt. Denn wenn dieselben auch heute grundsätzlich auf Störungen in der Keimentwicklung zurückgeführt werden, so herrscht doch über deren letzte Ursachen noch völliges Dunkel. Demgemäß gibt Verf. am Anfang seiner Arbeit zunächst eine Umgrenzung der Definition. Er bezeichnet als Halsrippe jede rippenartige Bildung an Stelle des Processus costarius des 1. bis 7. Halswirbels — gewöhnlich des 7., die synostotisch oder gelenkig mit dem Wirbelende verbunden und die Größe eines normalen Querfortsatzes überschrei-

tend, mehr weniger in die Weichteile des Halses hinreicht, ja wie eine gewöhnliche Rippe selbst das Brustbein erreichen kann. Nach dieser Einschränkung der Definition folgt die allgemeine Beschreibung verschiedener Varietäten der Halsrippe sowie eine detallierte der einzelnen Teile an der Hand von Photographien und Röntgenogrammen, sowie schließlich der Beziehungen zu den benachbarten Geweben und Organen, der Halsmuskulatur, den Gefäßen, den Nerven und der Pleura. Demgemäß können Störungen auftreten durch Kompression der Arterien in Form von Aneurysmen oder Thrombosen. Neuritiden, Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen des Plexus, vor allem im Gebiet des 1. Dorsalis und 8. Cervicalis, und weiter fortgeleitete Ausfallserscheinungen im Sympathicusgebiet am Auge, dem Herzen und der Schilddrüse und schließlich Zwerchfellkrämpfe durch Druck auf den Phrenicus. Auffallend ist weiter das häufige Zusammentreffen der Tuberkulose der Lungenspitze mit Halsrippen, welches seine Erklärung findet durch die Raumbeengung und mangelhafte Durchlüftung der Lunge im Sinn der Freundschen Theorie. Der Zusammenhang der Halsrippe mit Skoliose, beziehungsweise der Einfluß auf diese, ist noch umstritten. Garré versteht darunter eine Skoliose von ungewöhnlich hoher Lokalisation und besonderer Starrheit mit der Konvexität nach der Richtung der Halsrippe oft begleitet von kompensatorischer Skoliose an der Grenze von Brust und Lendenwirbelsäule; er erklärt dieselbe durch mechanische Momente, während dieselbe nach Streißler lediglich eine Unterabteilung der kongenitalen Skoliose ist und ätiologisch lediglich zufällig mit der Halsrippe zusammen auftritt. Störungen durch die Halsrippe brauchen an und für sich überhaupt nicht veranlaßt werden, sie können ausgelöst werden durch Wachstum der Rippe in der Pubertätszeit. Involution des Fettpolsters im Alter oder nach schwerer Krankheit und nicht zuletzt durch Traumen. Periostitiden, Verbiegungen, Frakturen lösen Druckschmerz auf die umgebenden Muskeln aus. Infolgedessen ist diese kongenitale Anomalie unter Umständen keine gleichgültige, zwingt vielmehr zu therapeutischen Maßnahmen unter denen die operativen den konservativen vorzuziehen sind. Die Resektion der Rippe von vorne ist die bei weitem am häufigsten ausgeführte Operation, während Streißler die Resektion von rückwärts ausführt. Todesfälle sind bei den Operationen nicht beobachtet, die Beseitigung der Beschwerden und in diesem Sinne Heilung ist in 77 % erreicht, bei 13 % Besserung, 10 % Versagern. Man darf nur nicht erwarten, daß die Beschwerden sofort nach der Operation aufhören, vielmehr sind Heilungen nach 14 Tagen bis 2 Monaten immerhin noch als rasche zu bezeichnen. *Coste* (Magdeburg).

Kehlkopf und Luftröhre:

Chalier, André, Sur un nouveau mode de traitement de la dysphagie douloureuse dans la tuberculose et le cancer du larynx par la résection de la branche interne du nerf laryngé supérieur. (Über eine neue Behandlungsmethode der Dysphagia dolorosa bei Tuberkulose und Krebs des Larynx durch Resektion des inneren Astes des Nerv. laryngeus superior.) Progr. méd. **41,** S. 8—9. 1913.

Die Injektion von Cocain usw. in den Nerven gibt, wenn sie gelingt, meist gute Resultate, doch bedingt das Arbeiten im Dunklen viele Versager, auch recht unangenehme Nebenerscheinungen wie Dyspnöe und Ödeme des Larynx. Chalier und Bonnet arbeiteten deshalb eine Methode der Resektion des Ramus int. nervi laryng. sup. aus.

Lagerung des Kranken wie zur Unterbindung der Carotis ext. Der Operateur steht auf der zu operierenden Seite, ein gegenüberstehender Assistent drückt ihm das Zungenbein entgegen. Lokalanästhesie mit Novocain-Adrenalin nach Reclus. Durchtrennung von Haut, Unterhautzellgewebe und zwei Bindegewebslamellen in horizontaler Richtung, 4 cm lang, in der Mitte zwischen Zungenbein und oberem Schildknorpelrand, 1 cm vor dem vorderen Rand des M. sterno-cleido-mast. beginnend bis 1 cm von der Mittellinie. Durchtrennung der oberflächlichen Halsaponeurose in gleicher Richtung und Ausdehnung. Der hintere Rand des M. thyreo-hyoideus gibt einen Orientierungspunkt. Hinter und unter ihm wird der seitliche Ausschnitt des Schildknorpels tastbar als zweiter Orientierungspunkt. Man hat sich vor diesem Ausschnitt zu halten, um den N. laryngeus ext. zu vermeiden. Zwischen den beiden Orientierungspunkten, hinter dem M. thyreo-hyoideus, tiefer als die Vasa laryngea superiora, gleich

ihnen auf der Membrana thyreo-hyoidea, aber etwas höher, ziemlich genau in der Mitte zwischen Os hyoideum und oberem Schildknorpelrand verläuft der gesuchte Ramus internus. Man lädt ihn mit einer Cooperschen Nadel auf einen Faden und erkennt bei leichtem Anziehen des letzteren die divergierenden Äste des Nerven bei ihrem Eintritt in die Membrana thyreo-hyoidea etwa 3—4 mm hinter dem hinteren Rand des M. thyreo-hyoideus. Der hinter dem Faden hervortretende N.laryngeus ext. ist zu schonen. Die Resektion beschränkt sich auf den horizontalen Ast, zwischen seiner Endverzweigung und dem Abgang des Ramus descendens, ohne den zentralen Stamm zu irritieren. Vor der Durchschneidung ist der Nerv mit einem Cocaintampon zu betupfen. Je nach Lage des Falles ist einseitig oder beiderseitig, in einer oder mehreren Sitzungen zu operieren.

Bisher liegen nur 3 Beobachtungen vor, die ein abschließendes Urteil über die Operation noch nicht erlauben. Moure und Celles machten wegen Dysphagie infolge Larynxtuberkulose die linksseitige Neurektomie mit gutem Erfolg, sogar mit Besserung der Larynxerkrankung. Ihre etwas abweichende Technik wird vom Verf. nicht gut geheißen. Forgue operierte einen tuberkulösen Dysphagiker nach Chaliers Technik mit unbekanntem Ausgang. Der 3. Fall betrifft einen 60jährigen mit Larynxcarcinom. Ch. führte die Resektion des rechten Ramus int. aus mit sofortiger Behebung der Schluckbeschwerden und Besserung der ausstrahlenden Schmerzen. *Harraß.*

Arnoldson, Nils, Zur chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberkulose. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. **27**, S. 1—58. 1913.

Unter 600 Fällen von Larynxtuberkulose hat Verf. in 150 Fällen endolaryngeale operative Eingriffe ausgeführt: Meist wurde die Doppelcurette verwendet, auf nachträgliche Desinfektion der Wunden mit Milchsäure oder Malachitgrün wurde verzichtet. Niemals kam es zu einer wesentlichen postoperativen Reaktion oder zu einer stärkeren Blutung. Das unmittelbare Operationsresultat ist meistens ein sehr gutes, es kommt klinisch zur Heilung, die Funktion kann so gut wie normal werden, doch entsteht sehr häufig Rezidiv in loco. Gegenüber der galvanokaustischen Behandlung hebt Verf. das rasche Eintreten der funktionellen Besserung, das Ausbleiben der postoperativen Reaktion hervor. Empfehlung der Epiglottisamputation, durch die in 50% der Fälle Besserung der Schluckbeschwerden erzielt wurde. Äußere Eingriffe hat Verf. dreimal vorgenommen: zwei Laryngofissuren mit gutem Erfolg, ein Fall von Totalexstirpation endete letal 6 Tage p. oper. *Kahler* (Freiburg i. B.).

Sargnon, Contribution à la laryngostomie. (Beitrag zur Laryngostomie.) Prov. méd. **26**, S. 19—20. 1913.

Sargnon glaubt seine guten Resultate bei der Laryngostomie vor allem seiner Methode, die in einer allmählichen Dilatation durch einen genauer beschriebenen Tubus besteht, und der sorgfältigen Nachbehandlung zuschreiben zu dürfen. Als Indikation gelten vor allem die schweren chronischen Stenosen des Larynx und der oberen Abschnitte der Trachea, seien diese nun durch narbige Veränderungen, durch Tuberkulose oder durch lupöse Verwachsungen erzeugt. *Valentin* (Berlin).

Gerber, Zur Pathologie der Trachea. (*Univ.-Poliklin. f. Hals- u. Nas.-Kranke, Königsberg i. P.*) Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. **27**, S. 155—161. 1913.

Vier kasuistische Mitteilungen: 1. Tracheo-Bronchostenose durch anthrakotische Lymphdrüsen. Die Diagnose war in vivo auf Tumor der Trachea gestellt worden. 2. In die Trachea perforiertes Oesophaguscarcinom. 3. Gumma der Trachea, das durch Salvarsan und Neosalvarsan sich rasch vollständig zurückbildete, nachdem Quecksilber- und Jodkalibehandlung erfolglos gewesen. 4. Sklerom der Luftröhre, der erste in Ostpreußen beobachtete Fall mit dieser Lokalisation. *Kahler* (Freiburg i. B.).

Schilddrüse:

Bircher, Eugen, Die Ätiologie des endemischen Kropfes. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. **5**, S. 133—190. 1913.

Verf. bringt eine umfangreiche Literaturangabe und als zusammenhängendes Referat die verschiedenen über die Ätiologie des Kropfes aufgestellten Theorien. Aus der Feder eines Bircher interessieren besonders die Kapitel über den Zusammenhang mit Bodenbeschaffenheit und Trinkwasser. Der Nachweis H. Birchers, daß der

Kropf besonders auf marinen Ablagerungen vorkommt, während Eruptivgesteine, Jura, Kreide und Süßwasserbildungen im allgemeinen frei sind, ist durch neuere Arbeiten (Lobenhoffer u. a.) bestätigt, jedoch auch bestritten worden. (Weichardt und Schittenhelm, Hesse.) B. fordert detailliert durchgeführte Untersuchungen in Verbindung mit genauen geologischen Aufschlüssen. Für die Bedeutung des Trinkwassers bringt E. B. neue Beispiele. Ein Dorf wurde nach Wasserzuleitung aus Muschelkalk hochgradig kropfverseucht. Bericht über die Versuche, durch Tränkung mit „Kropfwasser" bei Tieren Struma zu erzeugen. Bakteriologische Befunde, Einflüsse anorganischer und organischer Bestandteile des Wassers, kolloide, radioaktive Substanzen, Beobachtungen familiärer Kropfentstehung bei Nachkommen, welche nicht in Kropfländern aufwachsen. Schwangerschaft und äußere Gelegenheitsursachen werden kurz behandelt. Zum Schluß eine Darlegung der von interner Seite aufgestellten Theorien über das Kropfherz. B. fand Hypertrophie und Degenerationserscheinungen bei seinen Ratten. Strumektomierte Hunde bekommen nach Tränkung mit „Kropfwasser" eine Steigerung der Pulsfrequenz. Eine ungünstige Beeinflussung der Herztätigkeit sah er auch bei operierten Kropfherzträgern nach ihrer Rückkehr an die Kropfquelle. Das Kropfherz ist ein selbständiges Krankheitsbild und in den Begriff der kretinischen Degeneration einzufügen als eine direkte Folge des im Trinkwasser vorhandenen strumigenen Toxins. *Hotz* (Würzburg).

Meyer, Oskar, Thyreoiditis chronica maligna. (Eigenartiges aus eosinophilen und Plasmazellen zusammengesetztes, vom rechten Schilddrüsenlappen ausgehendes Granulom. (*Senckenberg. pathol. Inst., Frankfurt a. M.*) Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. **12**, S. 116—134. 1913.

Beschreibung eines Falles, der klinisch ganz unter dem Bilde der Riedelschen „eisenharten Struma" verlief, aber im Gegensatz dazu, trotz zweimaliger Operation wegen Atemnot (Prof. Rehn), an Erstickung durch den Druck des Tumors zugrunde ging. Auch nach Resektion des Manubrium sterni war eine radikale Entfernung unmöglich; ein doppelseitiger postoperativer Pneumothorax beschleunigte nur den unvermeidlichen Ausgang. Die Sektion ergab, daß der von der rechten Schilddrüsenhälfte ausgegangene Tumor infiltrierend die benachbarten Weichteile und das ganze vordere Mediastinum bis auf den Herzbeutel durchwachsen hatte, während der linke Schilddrüsenlappen ganz normal blieb. Histologisch fand sich kein maligner Tumor, sondern ein überwiegend aus eosinophilen und Plasmazellen bestehendes Granulationsgewebe, das das Schilddrüsengewebe des rechten Lappens bis auf geringe Reste ersetzt hatte; Neigung zu Schwielenbildung, aber vollständiges Fehlen von Nekrosen; Wandverdickungen an den kleinen Gefäßen. Außerdem fand sich eine umschriebene kleine Herzmuskelnekrose. Die bakteriologische Untersuchung, auch auf Muchsche Granula, und der Tierversuch waren negativ. — Tuberkulose und Lues waren auszuschließen (auch klinisch hatte Jodbehandlung versagt). Gegen ein lokalisiertes malignes Granulom sprach, abgesehen von dem histologischen Bild, u. a. auch das bis zum Tode gesunde Aussehen, das Fehlen von Allgemeinintoxikation (Kachexie); gegen eine Autointoxikation durch pathologische Stoffwechselprodukte der Schilddrüse die große Ausbreitung bei Freibleiben des linken Lappens. Die Ursache ist daher wohl in einer nicht nachgewiesenen Infektion zu suchen. *Tölken* (Zwickau).

Mori, Takeyoshi, Über das Auftreten thyreotoxischer Symptome bei Geschwulstmetastasen in der Schilddrüse. (*Herzogl. Krankenh., Braunschweig.*) Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. **12**, S. 2—24. 1913.

Verf. bespricht die Kasuistik von Basedow bei primären malignen Schilddrüsentumoren und Thyreoiditis. Erklärung: die Geschwulstwucherung verändert die Sekretproduktion (Dysthyreosis) oder der primäre Proliferationsreiz führt schließlich zu maligner Degeneration. Daß auch sekundäre, metastatisch in der Schilddrüse gewachsene Tumoren ausgeprägte klinische Basedowsymptome erzeugen können, beweisen 3 ausführlich mitgeteilte Fälle (Prosektor Schultze).

1. Beckensarkom (Hirschfeld, Zentralbl. f. Nervenheilk. 1906). Sekundärer typischer Basedow. Neben anderen Metastasen 3 kirschgroße Knoten in der im übrigen nicht vergrößerten Schilddrüse. — 2. Melanosarkom des Auges. Enucleation vor 15 Jahren, 5 Monate vor dem Tode metastatische Sarkomatose. Struma. Pulsbeschleunigung. Sektion: Allgemeine Metastasen. Schilddrüse völlig in Tumor aufgegangen. — 3. Mammacarcinom. Pulsbeschleunigung. Struma. Hyperhydrosis. Exophthalmus. Sektion: große Knoten in der Schilddrüse.

Die histologische Untersuchung der beteiligten Schilddrüsen zeigte einfaches Kolloidgewebe. Die Follikel werden jedoch von Tumor oder gewuchertem Bindegewebe komprimiert, sie erscheinen abgeflacht. (2 Abbildungen, 1 Tafel), starke Füllung. Inhalt, helldünn färbbar. Die für Basedow charakteristischen Veränderungen, hohe Epithelien, papillärer Aufbau mit Proliferation, fehlen; dagegen zeigt sich reichliche Gefäßneubildung. Verf. glaubt, daß der veränderte Follikelinhalt bei Kompression durch Metastasen in verstärktem Maße in die Zirkulation gelange und deshalb thyreotoxische Symptome erzeuge. *Hotz* (Würzburg).

Schlesinger, Arthur, Zur chirurgischen Behandlung des Morbus Basedowii. (*Privat-Klin., Dr. A. Schlesinger, Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 57—60. 1913.

Bericht über 20 operierte Fälle, die vorher bereits innerlich behandelt worden waren. Operationsmethode: 2mal Exstirpation eines Lappens und Excision eines Teils der anderen Hälfte, sonst Halbseitenexstirpation mit Fortnahme des Isthmus oder Mittellappens. Stets Lokalanästhesie zwecks Kontrolle des Recurrens und Vermeidung der Nachwirkung der Narkose. Kein Todesfall. Nachuntersuchung: 3 ganz geheilt, 4 fast geheilt, 7 erheblich gebessert, bei 2 leichtes Rezidiv. Besprechung einiger bemerkenswerter Fälle:

1. 35jährige Frau mit paranoisch-maniakalischen Aufregungszuständen neben objektiven Basedowsymptomen wird vom ersten Tag nach der Operation an vollkommen ruhig und ist jetzt, 2 Jahre nach der Operation, vollkommen geheilt. Ein ähnlicher Fall ist in der französischen Literatur beschrieben. 2. Bei 9jährigem Mädchen, das seit der Geburt prominenten Schilddrüsenmittellappen zeigt, stellen sich Basedowsymptome ein. Operation Struma cystica. Seitdem Heilung. Reiner Fall von sekundärem Basedow. Mit Wachsen des Mittellappens Auftreten der klinischen Erscheinungen. 3. 40jährige Frau: 1907 Exstirpation des ganzen rechten und eines kleines Teiles des linken Lappens. 1910 schweres Myxödem. Besserung durch Schilddrüsentabletten. Am Schädel und Gesicht Zeichen von Akromegalie. Anscheinend ist eine sekundäre Schrumpfung des übriggebliebenen Schilddrüsenrestes eingetreten. Die Zeichen von Akromegalie scheinen dafür zu sprechen, daß eine andere Drüse mit innerer Sekretion, die Hypophysis, vikariierend für die Thyreoidea eingetreten ist.

Was die Ursachen für den postoperativen Basedowtod anlangt, so konnte niemals eine persistierende Thymus nachgewiesen werden; im übrigen werden die schweren Zustände nach Basedowoperationen auf akute Resorption von Schilddrüsensaft zurückgeführt, besonders wenn durch Resektion große Wundflächen geschaffen werden; daher wird möglichst schonende Behandlung des zurückbleibenden Restes angeraten. Mit Halbseitenexstirpation und Unterbindung der Thyreoidea der anderen Seite läßt sich genügend Effekt erzielen. Halbseitenexstirpation genügt meist schon allein. Die Masse der entfernten Substanz ist nicht immer parallel dem Heilungsresultat. Ein möglichst kleiner Eingriff ist anzuraten. Befürwortung frühzeitiger Operation, wenn innere Mittel versagen, möglichst ehe Gefäß- und Herzveränderungen auftreten. *Biernath* (Lichterfelde).

Grober, Über Selbstheilung von Basedowscher Krankheit. (*Med. Univ.-Klinik, Jena.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 8—9. 1913.

Bericht über einen Fall, der von 1906—1912 in Beobachtung war. Die anfangs sehr ausgeprägten Symptome des Basedow gingen im Laufe der Jahre ohne jede Behandlung zurück bis auf geringe, objektiv nachweisbare Zeichen; die subjektiven Beschwerden waren vollkommen verschwunden. Parallel mit dem Schwinden des Basedow ging die Zunahme einer wahrscheinlich tuberkulösen Lungenerkrankung. Verf. denkt daran, daß das Abklingen der Basedowsymptome auf das Auftreten chemisch wirksamer Produkte der Lungenerkrankung zurückzuführen sein könnte. Ob es das

Tuberkulin sei, wie französische Autoren, die den Basedow überhaupt für eine Form der Tuberkulose halten, annehmen, läßt Verf. dahingestellt. Diese vermuteten Produkte würden die schädlichen Produkte der Schilddrüse kompensieren und so die Besserung des Basedow bewirken. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Thymus:

Basch, Karl, Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Thymus. 3. Die Beziehung der Thymus zur Schilddrüse. (*Dtsch. physiol. Inst., Prag.*) Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therap. **12,** S. 180—206. 1913.

Die Störungen des wachsenden Knochens und des Nervensystemes nach experimenteller Thymus- und Schilddrüsen-Ausschaltung sind bisher genauer studiert. Die Wirkung des Thymus auf das Skelettwachstum ist eine mehr begrenzte. Nach Rückbildung des Thymus fördert die Schilddrüse die fortschreitende Knochenentwicklung. Die elektrische Übererregbarkeit am peripheren Nerven entwickelt sich nach Thymusausschaltung allmählich, nach Schilddrüsenverlust sofort. Der funktionelle Parallelismus von Thymus und Schilddrüse zeigt sich nach Baschs Untersuchungen weiter im ähnlichen Verhalten des Pupillarapparates nach Thymektomie und Thyreoidektomie. Mydriasis nach Adrenalineinträufelung tritt beim thymuslosen Hund erst nach 2 bis 3 Wochen, nach Verlust der Schilddrüse und Epithelkörperchen wenige Stunden später ein. Wahrscheinlich ist die Ursache eine Kalkverarmung der Körpersäfte, die eine Erregbarkeitssteigerung des Nervus oculomotorius und sympathicus auslöst. Der ausgeschaltete Schilddrüsenapparat kann im Körperhaushalt nicht durch Thymusüberschuß ersetzt werden. Der Eintritt der E. K.-Tetanie wird nur verzögert. Eine Verkleinerung der Schilddrüse hat eine Verminderung des Thymusgewichtes zur Folge. Einer großen Schilddrüse entspricht wiederum ein großer Thymus. Auch der Basedowthymus ist Ausdruck der funktionellen Synergie beider Organe und eine sekundäre, von der Schilddrüsenerkrankung abhängige Erscheinung. *Klose* (Frankfurt a. M.).

Brust.

Brustwand:

Primrose, A., Breast tumors, with special reference to carcinoma. (Brustdrüsengeschwülste mit besonderer Beziehung zum Carcinom.) Americ. journal of the med. scienc. **145,** S. 100—115. 1913.

Kurze Übersicht über das Vorkommen der verschiedenen Geschwülste der Brustdrüse. Verf. betont, daß metastatische Geschwülste sehr selten sind und daß die Unterscheidung zwischen gutartigen und bösartigen Geschwülsten auch bei Anwendung aller diagnostischer Hilfsmittel oft unmöglich ist. Demzufolge soll jede Brustdrüsengeschwulst entfernt werden. Blut- und Serumuntersuchung können noch nicht zur Diagnose verwertet werden. Gefrierschnittuntersuchungen von sogenannten Probeexcisionen geben kein einwandfreies Resultat. Weiterhin gibt Verf. eine statistische Übersicht über seine eigenen Erfahrungen aus den Jahren 1905—1912: insgesamt 323 Fälle, darunter 107 gutartige Geschwülste. Das mittlere Lebensalter betrug bei gutartigen Fällen 32 Jahre, bei bösartigen 37. Bei 216 bösartigen Geschwülsten wurde in 19,4% ein Rezidiv nach der Operation beobachtet. Die Fälle kamen durchschnittlich 14,4 Monate nach der Feststellung des Tumors zur Operation. *Strauß* (Nürnberg).

Hadda, S., Der totale angeborene Rippendefekt. (*Chirurg. Abt., israelit. Krankenh., Breslau.*) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31,** S. 176—201. 1913.

Hadda stellt die 20 Fälle von totalem angeborenem Rippendefekt aus der Literatur zusammen, denen er noch 3 Fälle eigener Beobachtung an die Seite reiht. Im Gegensatz zum partiellen ist der totale Defekt einer Rippe ein relativ seltener Befund und kann leicht übersehen werden. Er geht häufig mit anderen Hemmungsbildungen, insbesondere Schulterblatthochstand und Mißbildungen der Wirbelsäule einher. Die meistens damit verbundene Rückgratsverkrümmung gibt dem Kranken Veranlassung, ärztliche Hilfe aufzusuchen, und wird nach der Meinung des Verf. die in Rede stehende

Mißbildung weniger leicht übersehen werden, wenn man in allen Fällen von Skoliose prinzipiell den ganzen Thorax röntgenographisch untersucht. *von Frisch* (Wien).

Speiseröhre:

Frangenheim, Paul, Oesophagoplastik. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. **5,** S. 406 bis 431. 1913.

Verf. führt zunächst die verschiedenen Methoden der partiellen Oesophagoplastik des Halsabschnittes der Speiseröhre auf (v. Hacker, Poulsen, Rokitzky u. a.), fordert, daß jeder Oesophagoplastik die Gastrostomie voraufgehen soll. Die Bildung des Oesophagusrohres bei der partiellen Oesophagoplastik kann einzeitig oder zweizeitig erfolgen. Die Deckung der wichtigsten Nahtstellen ist am zweckmäßigsten durch einen langen, oben oder unten gestielten Lappen vorzunehmen. Verf. geht dann über auf die Methoden der totalen Oesophagoplastik, die Bildung eines Hautrohres aus der Brusthaut von H. Bircher, die Verwendung von Dünndarm und Brusthaut im Tierversuch von Wullstein, die Oesophagojejunogastrostomose von Roux, die Kombination der Verfahren von Roux und Wullstein von Lexer, die Bildung einer Speiseröhre plastisch aus der Magenwand von M. Hirsch und in anderer Weise von Jianu und schließlich die Verwendung des Querkolon zur Oesophagoplastik von Kelling und Vulliet. Bei dem Rouxschen Verfahren trat fast stets Gangrän der ausgeschalteten und ausgeleiteten Darmschlinge ein. Der Grund dafür ist nicht ausschließlich in einer Kompression der Gefäße, einer Torsion des Stieles, sondern auch in Gefäßveränderungen (Arteriosklerose) zu suchen. Gegen das Verfahren von Hirsch und von Jianu macht Verf. als wesentlichste Bedenken geltend, daß bei den an einer Oesophagusstenose Leidenden der Magen fast stets hochgradig geschrumpft sei. Aus solchem Magen läßt sich auch nur ein wenige Zentimeter langer Lappen ausschneiden, der kaum bis zum Proc. xiphoideus geleitet werden kann. Die Brusthaut ist zum Ersatz der Speiseröhre sehr gut zu verwenden. Selbst Hautrohre von 30 cm Länge und mehr sind ausreichend ernährt. Wenn bei der totalen Oesophagoplastik die Speiseröhre am Halse quer durchschnitten wird, muß das aborale Ende des Oesophagus bei impermeabler Striktur zur Verhütung von Stagnation der Schleimhautsekrete oder verschluckter Nahrung als Fistel am Halse ausgeleitet oder verödet werden. Bei unvollkommener Durchschneidung des Oesophagus können angesammelte Sekrete bei vollkommener Stenose nach oben und von dort in den künstlichen Oesophagus gelangen. Beobachtungen und Schluckversuche an Menschen mit künstlichem Oesophagus haben die ausreichende Funktion des neuen Oesophagus erwiesen. Die Fortbewegung der Speisen erfolgt etwas langsamer als normal. *Boit* (Königsberg).

Guisez, Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'oesophage. (Behandlung der narbigen Verengerungen der Speiseröhre.) Bull. d'oto-rhino-laryngol. **16,** S. 1—49. 1913.

Die Arbeit ist eine ausführliche Darstellung aller für Oesophagusstenosen in Betracht kommenden Behandlungsmethoden; diese richten sich in erster Linie danach, ob die Verengerung für filiforme Bougies durchgängig ist oder nicht. Nur wenn es auch unter Leitung des Oesophagoskops unmöglich ist, eine Sonde in die Stenose einzuführen, rechnet Guisez sie zu den undurchgängigen. Für die durchgängigen Strikturen besteht die Methode der Wahl in der Einführung immer dickerer Bougies aus elastischem Material und, worauf Verf. großen Wert legt, in der Anwendung der Elektrolyse. Für die undurchgängigen Strikturen kommt vor allem die retrograde Dilatation in Betracht mit vorhergehender Gastrostomie. Vom Magen aus versuche man unter Leitung des Gastroskops, die Kardia aufzufinden und dann den Oesophagus durch Bougies oder Gummidrains mit Faden ohne Ende zu erweitern. Nach diesen Grundsätzen hat G. 88 Fälle von Oesophagusstenose behandelt, ohne daß er gezwungen gewesen wäre, von den operativen Methoden zum plastischen Ersatze der Speiseröhre oder zur Umgehung der Kardia Gebrauch zu machen. Von

den 88 wurden 79 soweit wiederhergestellt, daß sie auf normale Weise ernährt werden konnten, die andern lehnten es ab, eine Gastrostomie an sich vornehmen zu lassen; 3 starben an sekundären bzw. interkurrenten Krankheiten. *Herzfeld* (Berlin).

Bosanquet, W. Cecil, A brief review of the affections of the oesophagus. (Kurzer Überblick über die Erkrankungen der Speiseröhre.) Clin. journal **41**, S. 209—217. 1913.

Brustfell:

Bernard, Zur Kenntnis der Pleurasarkome. (*Krankenh., Friedrichstadt-Dresden.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. und Physiol. **211**, S. 156—160. 1913.

Kasuistische Mitteilung eines Falles von Pleurasarkom, dessen histologischer Bau, obwohl es sich um Endothel- oder Plattenepithel-ähnliche große Zellen handelt, wesentlich von den sogenannten Pleuraendotheliomen verschieden ist. Das morphologische Verhalten der Geschwulstzellen legt die Vermutung nahe, daß der Tumor vom Pleuraendothel oder von den in den Bindegewebsschichten der Pleura gelegenen Lymphbahnen seinen Ausgang genommen hat. Der anscheinend primäre Tumor charakterisiert sich sonst als Sarkom. *Stammler* (Hamburg).

Cummings, W. G., Empyema in an infant. Brit. med. journal **2714**, S. 20. 1913. Kasuistische Mitteilung.

Lungen:

Kreglinger, G., Über ein primäres Bronchialcarcinom. (*Pathol. Inst., Univ. Bonn.*) Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. **12**, S. 135—140. 1913.

Kreglinger berichtet aus dem Bonner pathologischen Institut über ein primäres Bronchialcarcinom, welches unterhalb der Bifurkation den linken Hauptbronchus verlegt hat. Die peripherwärts von dem Tumor gelegenen Bronchien sind in zahlreiche walnußgroße Bronchiektasen mit eitrigem Inhalt umgewandelt. Das zwischen den Bronchiektasen gelegene Lungengewebe ist teils in schmale Septen umgewandelt, teils ist es noch reichlicher vorhanden, aber luftleer und verdichtet. Verf. nimmt an, daß die Bildung der Bronchiektasen im Anschluß an die Bronchuskompression erfolgt sei. Mikroskopisch erweist sich der Tumor als ein subepithelial gelegenes bzw. entstandenes Zylinderzellencarcinom mit teils alveolärem, teils diffusem Bau. Verf. leitet den Tumor von einem bei der embryonalen Anlage abgesprengten Epithelkeim her. Gegen die Annahme, daß der Tumor vom Bronchialepithel entstanden sei, spricht dem Verf. die Tatsache, daß das Carcinom gegen die modifizierte Schleimhaut der Bronchen gut abgegrenzt ist, gegen die Herkunft von den Schleimdrüsen bzw. ihren Ausführungsgängen die Beschaffenheit der Epithelien: „ein nicht weiter differenziertes Zylinderepithel kann nicht von einem schleimbildenden Drüsenepithel abstammen.“ *Jehn* (Zürich).

Behrenroth, E., Der Lungenechinokokkus. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. **10**, S. 499—530. 1913.

Besprechung der Ätiologie, Pathogenese und pathologischen Anatomie. Bei der Symptomatologie wird unter anderem hervorgehoben, daß fast alle Patienten mit Lungenechinokokkus so lange für tuberkulös gehalten worden sind, bis der Auswurf charakteristischer Elemente keinen Zweifel mehr ließ. Bei spontaner Perforation, auch schon nach einfacher Punktion wird Urticaria oder ein dieser ähnlicher Hautausschlag beobachtet, bisweilen auch bedrohliche Erscheinungen, Dyspnöe, Singultus usw., die als anaphylaktische aufzufassen sind. Aus diesem Grunde Indikation zur Punktion sehr eingeschränkt. Erklärung für die Anaphylaxie. Im Kapitel Serologie Eingehen auf die Präcipitinreaktion und Komplementbindungsmethode.

Ausführung der Präcipitinreaktion: Zu je 12 Tropfen Serum 1 ccm Hydatidenflüssigkeit, die 24 Stunden bei Zimmertemperatur stehen bleiben. Nur 75% bei Menschen positiv. In seltenen Fällen aber auch beim Fehlen eines Echinokokkus schwach positiv. Nur der positive Ausfall ist zu verwerten.

Die Komplementbindungsmethode ist eine spezifische Reaktion. Die Hydatidenflüssigkeit muß vom Hammel genommen werden; deren Antigen besitzt den höchsten Grad spezifischer Fähigkeiten. Wirkungsdauer des Cysteninhaltes als Antigen nach Henius mindestens 1/2 Jahr. Da Hydatidenflüssigkeit und wässeriger und alkoholischer Extrakt der Cystenwand auch mit Serum von Bandwurmträgern unter Komplementbindung reagieren, muß man bei positivem Ausfall der Serumreaktion auf Echinokokkus auch noch an ein gleichzeitiges Vorhandensein einer Taenie denken. Die Cere-

brospinalflüssigkeit enthält nur Antikörper, wenn die Cyste ihren Sitz im Zentralnervensystem hat. Die Eosinophilie ist von Wert für die Differentialdiagnose mit Tumoren anderer Ätiologie, besonders maligner und luetischer. Neben Eosinophilie besteht mäßige Vermehrung der Gesamtleukocytenzahl. Das Röntgenverfahren ist besonders wichtig für die Frühdiagnose und topische Diagnose. Prognose im allgemeinen nicht ungünstig, zahlreiche Fälle heilen spontan aus. Die Therapie richtet sich nach dem Sitz der Geschwulst; wenn dieser in unmittelbarer Nähe des Hilus, abwarten; wenn nicht zu tief in der Lunge, Operation. 7 Röntgenbilder von 2 Fällen eigener Beobachtung, die spontan durch Ruptur und Aushusten heilten. Literaturverzeichnis von 143 Nummern (nicht alphabethisch geordnet). *Hoffmann.*

Bauch und Becken:

Allgemeines:

Küttner, Hermann, Über circumscripte Tumorbildung durch abdominale Fettnekrose und subcutane Fettspaltung. (*Kgl. chirurg. Klinik, Breslau.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 9—11. 1913.

Küttner teilt 3 für die Pathologie des Fettgewebes wichtige Beobachtungen mit.

Circumscripte Abscedierungen bei abdominaler Fettnekrose sind keine Seltenheit, dagegen ist die Bildung umschriebener Tumoren, wie sie K. in 2 Fällen beobachtet hat, bisher nicht beschrieben worden.

Bei einer korpulenten 56jährigen Dame, die unter heftigen, sich wiederholenden abdominalen Erscheinungen erkrankt war, wurde in der rechten Bauchseite ein kindskopfgroßer, großer, derber, rundlicher Tumor gefunden, den man der Vorgeschichte wegen als appendicitisches Infiltrat auffaßte. Bei der Laparotomie stellte sich ein Konglomerat verbackener Darmschlingen ein, die mit adhärentem Netz zusammen eine mit nekrotischem Fettgewebe und opake Fetttropfen enthaltender Flüssigkeit gefüllte Höhle umschlossen. Die Appendix war vollkommen intakt. Excochleation der Höhle, Tamponade. Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß der Höhleninhalt aus nekrotischem Fettgewebe, Fettkörnchenzellen und spärlichen Rundzellen bestand. Weder Eier noch Tumorbestandteile konnten nachgewiesen werden. Die bakteriologische Untersuchung ergab ein negatives Resultat. — Im 2. Falle handelte es sich um einen 45jährigen fettleibigen Herrn, der unter heftigem Erbrechen, Schüttelfrösten und hohem Fieber mit Schmerzen in der Leber und Magengegend erkrankte, die in die rechte Schulter und in den rechten Arm ausstrahlten. Der Stuhl war angehalten. Winde gingen nicht ab. Schon am nächsten Tage entwickelte sich ein druckempfindlicher Tumor in der Gallenblasengegend, bald darauf trat Ikterus auf. $2^1/_2$ Monate nach dem Beginn der Erkrankung wurde in der Gallenblasengegend ein länglicher derber Tumor gefunden, den man als Gallenblasentumor ansprechen mußte. Die Operation ergab einen Netztumor, der auf dem Durchschnitt ein eigentümliches Aussehen hatte und aus nekrotischem Fettgewebe zu bestehen schien. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte diese Annahme. Gallensteine fanden sich nicht. In der Gegend des Pankreas und auch sonst in der Bauchhöhle war nichts Pathologisches nachzuweisen. — In dem 3. Falle, der ätiologisch durchaus anders liegt als die beiden ersten, handelt es sich um eine durch Veränderung des Fettgewebes herbeigeführte Tumorbildung in der Mamma. Eine 63 jährige Frau hatte einen Stoß gegen die Mamma erlitten. Einige Wochen später entdeckte sie an der betroffenen Stelle einen Knoten, der sich bei der Untersuchung als harter nußgroßer nicht frei beweglicher Tumor im unteren Quadranten der Mamma erwies. Bei der Operation zeigte sich, daß der Tumor dem Unterhautfettgewebe angehörte und mit dem Drüsengewebe nicht zusammenhing. Das Fett hatte die eigentümliche opake Beschaffenheit, welche für die abdominale Fettnekrose charakteristisch ist. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein charakteristisches Riesenzellengranulom. Die Riesenzellen lagen um radiär angeordnete Büschel von Fettsäurekrystallen herum. Es lag also eine Abspaltung von Fettsäuren aus dem Fettgewebe und eine chronische Entzündung im Zwischengewebe vor. Ob die Fettspaltung als das Primäre eine reaktive Entzündung des benachbarten Bindegewebes hervorgerufen hat, oder aber ob eine primäre chronische Entzündung des Bindegewebes sekundär zu einer Spaltung des Neutralfettes geführt hat, läßt sich schwer entscheiden, obwohl die Bildung der Fremdkörperriesenzellen mehr für eine primäre Fettzersetzung mit sekundären Entzündungserscheinungen spricht. Der Zusammenhang des Prozesses mit dem erwähnten Trauma erscheint durchaus wahrscheinlich. *Konjetzny* (Kiel).

Wollin, Hans, Chronische Intussuszeption als Folge einer überstandenen Appendicitis. (*Kaiser-Franz-Josef-Kinderspit.*) Prag. med. Wochenschr. **38,** S. 5—7. 1913.

In dem vom Verf. mitgeteilten Falle handelt es sich um ein 12jähriges Mädchen, bei dem

$^1/_2$ Jahr nach einer Appendicitis eine chronische Invagination zustande kam, die sich bei der Laparatomie leicht lösen ließ. Das Intussuszeptum bestand aus Colon ascendens, Coecum mit Appendix und unterstem Ileum. Interessant ist der Entstehungsmechanismus. Durch eine als Folge der früheren Appendicitis angesprochene Pericolitis (Tavel) war eine Verklebung der Wand des Colon ascendens und des Coecum zustande gekommen, die sekundär die Bildung eines in das Lumen ragenden Sporns bewirkte. Durch diesen kam es zunächst zu einer partiellen bzw. lateralen, später zu einer kompletten, zentralen Invagination. In der Literatur konnte Verf. nur noch einen — von Prof. Bayer veröffentlichten — ähnlichen Fall finden. *Bode* (Göttingen).

Kleinschmidt, O., Die Nachbehandlung Laparatomierter. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. **5,** S. 432—466. 1913.

Zusammenfassender Bericht über 286 Arbeiten, welche nicht nur die Nachbehandlung der Laparatomierten, sondern zum Teil auch die Vorbereitung und die Ausführung der Laparatomie zum Gegenstand haben. In einzelnen Kapiteln werden besprochen die Narkose, die Vermehrung der Widerstandskraft des Peritoneums, die Wundverhältnisse, die Lagerung, Harnentleerung, Narkosenfolgen, Darmentleerung, peristaltikanregende Mittel, Thrombose und Embolie, Magen- und Darmblutungen, Magendilatation und Ileus. Die Arbeit gibt eine Übersicht über all die Maßnahmen, die nach dem derzeitigen Stande unserer Kenntnisse getroffen werden müssen, um den Eintritt von Komplikationen nach der Laparatomie zu verhindern und trotzdem eingetretene wirksam zu bekämpfen. *Brentano* (Berlin).

Perimoff, Über Versuche mit Dauerdrainage bei Ascites. (*Stadtkrankenh., Kasan.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 1—2. 1913.

Perimoff hat die Dauerdrainage bei Ascites zweimal versucht. Zuerst bei einer 60 Jahre alten Frau mit malarischer Lebercirrhose. Der Verlauf der Operation war gut, die Kräfte steigerten sich. Nach 14 Tagen starb sie in einem schweren Fieberanfall. Eine Sektion wurde nicht gemacht. Das zweite Mal handelte es sich um einen 12 Jahre alten Knaben mit luetischer Lebercirrhose. Der Leibesumfang, der vor der Operation 89 cm in Nabelhöhe gemessen hatte, ging auf 62 cm herunter, das Körpergewicht nahm um 7 Pfund zu und der Ascites war nach Verlauf von 35 Tagen fast ganz geschwunden.

Die Operationstechnik war folgende: Mit Bogenschnitt wurde ein Hautlappen gebildet, dessen Gipfel in der Mitte zwischen Nabel und Proc. xiphoideus lag. Der Mitte seiner Basis entsprechend wurde die Bauchwand eröffnet und die Flüssigkeit entleert. In die untere Ecke des Schnittes Einlegen eines silbernen Röhrchens von 1,5 cm Durchmesser mit abgerundetem Ende und zwei Fenstern, das durch Catgutnähte, die durch das Röhrchen geführt wurden, im subcutanen Gewebe befestigt wurde. Nach Schluß der Bauchwand sorgfältige Naht des Hautlappens. *Bernard* (Berlin).

Henschen, Karl, Dauerdrainage stagnierender Ascitesergüsse in das subcutane oder retroperitoneale Zellgewebe mit Hilfe von Gummi- oder Fischblasenkondoms. (*Chirurg. Univ.-Klinik, Zürich.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 41—43. 1913.

Nach kurzer Zusammenstellung der bisher bekannten operativen Versuche, stagnierenden, durch innere Mittel oder durch Punktion nicht dauernd zu beseitigenden Ascites in das Unterhautzellgewebe oder in die Venenbahn abzuleiten — Versuche, die meist nur vorübergehenden Erfolg hatten —, gibt Verf. ein Verfahren an, welches sich ihm in einem Falle von schwerem Carcinomascites (bei primärem Magencarcinom) bewährt hat: er tunnelliert in der l. Lendengegend nach Abpräparieren eines breiten Hautlappens die Bauchdecken in etwa Fingerdicke und führt in diesen Muskeltunnell einen gewöhnlichen Kondomfingerling mit abgeschnittenem blinden Ende ein. Durch Fixierung desselben am Peritoneum parietale und an der Externusaponeurose mittels feiner Seidenknopfnähte und Übernähung durch den Hautlappen gelang es ihm eine erheblich länger dauernde Drainage des Ascites zu erzielen, als es mit zweien der schon bekannten Verfahren der direkten Drainageableitung unter die Haut gelungen war, welche er bei demselben Pat. schon vorher versucht hatte. Verf. schlägt vor, statt des Gummikondoms Fischblasenkondom zu verwenden, welcher noch leichter einheilen dürfte. *Oehler* (Freiburg i. B.).

Bauchfell:

Gray, H. Tyrrell, Some observations on acute peritoneal infections. (Einige Beobachtungen bei akuten peritonealen Infektionen.) West London med. journal **18**, S. 15—26. 1913.

Für die Beurteilung und Behandlung peritonealer Entzündungen spielt der Nervenapparat, sowohl die peripheren Nerven als auch das Zentralnervensystem eine große Rolle. 1. Jeder zuführende Nerv enthält „Pressor-“ und „Depressor“fasern. Reiz auf die ersten erhöht den Blutdruck, beschleunigt den Herzrhythmus und bewirkt Zusammenziehung der Gefäße. Die „Depressor“fasern wirken umgekehrt. Bei jedem Shock ermüden zuerst die Pressorfasern und dann setzt ein Reiz auf die Depressorfasern ein. 2. Erniedrigung des Blutdruckes und eventueller Blutverlust bei der Operation bedingen eine Unterernährung des Gehirns und wirken so auf das Zentralnervensystem ungünstig ein. 3. Der gesamte Nervenapparat wird geschädigt durch die vom Entzündungsherd her aufgenommenen Toxine. Wesentlich für die Beurteilung und Behandlung der peritonealen Infektionen sind: a) der Sitz der Infektion. Entzündungen im Oberbauch sind (wegen der Nähe des Zwerchfelles und der Lungen) schwerer als die im Unterbauch; b) die Ausdehnung der Infektion mit der sekundären Darmparalyse. Diese ist nicht als eine Lähmungserscheinung zu betrachten. Die Fasern des Vagus veranlassen, die des Sympathicus hemmen die Darmcontractur. Beim Reiz auf beide werden die sympathischen Nerven mehr betroffen, so daß mithin die Darmparalyse als eine aktive Hemmung durch Überwiegen der sympathischen Nerven zu betrachten ist; c) der Grad der lokalen Störungen, der Schmerzen, des Erbrechens und der lokalen Absorption von Toxinen und schließlich der Grad der allgemeinen Toxinämie in ihrer Wirkung auf das Zentralnervensystem. Um die Schädigungen auf das Nervensystem möglichst herabzumindern, rät Verf. bei Entzündungsherden in der Bauchhöhle, vornehmlich bei der Appendicitis, neben der Operation zu folgender Behandlung: Vor der Operation: 1. absolutes Hungern. Dadurch wird das Erbrechen, mit Flüssigkeitsverlust und Aufregung verbunden, vermieden. Das Erbrechen trägt außerdem nur zur gesteigerten Darmbewegung bei und verbreitert dadurch das Gebiet der Entzündung und vergrößert die Schmerzen; 2. Vermeidung von Purgativen und Klysmen, da diese in noch stärkerer Weise eine gesteigerte Darmbewegung bewirken; 3. als Ernährung nur subcutane Kochsalzinfusionen und Kochsalzdauereinläufe; 4. steile Lagerung; 5. Morphium in kleinen Dosen, auch in Verbindung mit Atropin, bei Kindern Opium in kleinen Dosen. Gegen die Blutdruckherabsetzung Strychnin. Die postoperative Behandlung soll sich in gleichen Richtlinien bewegen. Die Operation selbst soll möglichst schnell und schonend sein. Der Chloroformnarkose, die ebenfalls schädigend auf die Nerven einwirkt, ist die Spinalanästhesie vorzuziehen. *Hinz* (Lichterfelde).

d'Oelsnitz, Les indications de l'héliothérapie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. A propos de trois cas graves rapidement guéris. (Die Indikationen der Heliotherapie bei tuberkulöser Peritonitis auf Grund dreier schwerer, rasch ausgeheilter Fälle.) Ann. de méd. et chirurg. infant. **17**, S. 17—28. 1913.

Ausführliche Krankengeschichten. Akut entstandene Formen werden punktiert, das Abdomen sehr vorsichtig der Insolation ausgesetzt. Heilung nach 1—6 Monaten. Lebhafte allgemeine Reaktion (Fieber) ist zu vermeiden. In einem vierten ungünstigen Falle kam es zu Ileuserscheinungen wohl infolge lokaler hyperämischer Schwellung. Mesenteriale und peribronchiale Drüsen wurden ausgeheilt. *Hotz* (Würzburg).

Schepelmann, Emil, Versuche zur Peritonitisbehandlung. (*Wullsteins chirurg. Klinik, Halle a. S.*) Med. Klinik **9**, S. 102—104. 1913.

Versuche an 86 Kaninchen lehrten den Verfasser: „daß durch Vorbehandlung des Peritoneums mit Kalkwasser wegen dessen baktericider und die Capillaren abdichtender Wirkung ein günstiger, aber praktisch keineswegs ausreichender Einfluß

auf den Verlauf einer Peritonitis ausgeübt werden kann, daß ferner durch homologes Tierblut eine Eiterung zwar nicht gefördert wird, daß ihr aber andrerseits auch keine therapeutische Bedeutung bei der Verhütung und Bekämpfung von Bauchfellentzündungen zuzusprechen ist; die Einspritzung von heterogenem Tierblut in die Bauchhöhle ist sogar entschieden unvorteilhaft. Der Bildung von Verwachsungen der Bauchorgane wird aber bei jeder Art von Blutinjektionen, sei es homologes oder heterologes Blut, Vorschub geleistet." *Iselin* (Basel).

Hernien:

Walton, Albert J., Extrasaccular hernia. (Hernie außerhalb des Bruchsacks; Gleitbruch). Ann. of surg. **57**, S. 86—105. 1913.

Verf. definiert Gleitbrüche als solche, bei denen ein Teil der Wand durch ein Eingeweide gebildet wird, welches in seiner normalen Lage nur teilweise vom Bauchfell bedeckt ist.

An der Hand eines Rückfalles, den er bei einem rechtsseitigen Leistenbruch mit Gleitbruch des Coecums nach Verschluß des Bruchsacks und darauffolgender Reposition des Coecums und des Bruchsackstumpfes, sowie sorgfältiger Naht der Bauchdecken trotz primärer Heilung gesehen hat, empfiehlt W., stets das die eine Wand des Bruchsackes bildende Eingeweide von diesem bis zu seinem Hals zu befreien. — Handelt es sich um Coecum oder Colon pelvicum, so umschneidet er nach Öffnung des Bruchsackes von innen her das betreffende Darmstück ½ Zoll von seinen Rändern und näht die freien Lappen des Bruchsackes nach hinten um den Darm herum, so daß nun der Darm bis zum Hals des Bruchsackes frei und von Peritoneum bedeckt ist. — Der Bruchsack selbst wird durch Naht wiederhergestellt und nach der Methode von Kocher eingestülpt. Sorgfältige Naht der Bauchdecken nach Macewen. Bei Gleitbrüchen der Blase wird ebenfalls nach Freilegung und Öffnung des Bruchsacks die Stelle, soweit die Blase die Wand des Bruchsackes mitbildet, umschnitten und die Blase außerhalb des Bruchsackes in ihre frühere Lage reponiert, während der Darm in der Bauchhöhle bleibt. — Naht und Einstülpung des Bruchsackes wie oben (7 Figuren).

Nach dieser Methode hat W. seit 1910 3 Fälle von Gleitbruch des Dickdarms und einen der Blase operiert, die vollkommen beschwerde- und rückfallfrei geblieben sind.

Zum Schluß genaue, ausführliche Beschreibung der Entstehungsmöglichkeiten und Formen der Gleitbrüche der Blase und des Dickdarms mit Angabe der Symptome an der Hand der Literatur und zur Behandlung aller dieser Fälle Empfehlen der von ihm geübten Methode. In dem Literaturverzeichnis sind die neueren Arbeiten, besonders die von Sprengel nicht berücksichtigt. *Kaerger* (Berlin).

Magen, Dünndarm:

Rovsing, Thorkild, Et Tilfälde af total Gastroptose med Dilatation af Spiseröret. (Über einen Fall von totaler Gastroptose mit Dilatation der Speiseröhre.) Hospitalstidende **6**, S. 1—11. 1913.

Verf. berichtet über einen Fall von Gastroptose bei einer Patientin, die in einem Zustand extremer Abmagerung aufgenommen wurde. Sowohl durch Sondenuntersuchung wie durch Röntgenaufnahme wurde eine Dilatation der Speiseröhre dicht oberhalb des Diaphragmas konstatiert. Außerdem wurde eine bedeutende Gastroptose festgestellt, indem der Ventrikel dicht an der Symphyse gefunden wurde. Bei der Operation sah man, daß sowohl der Pylorus- als der Kardiateil des Magens bedeutend niedergesunken waren, letzterer in so hohem Maße, daß man einen 8 cm langen Teil der Speiseröhre dicht unterhalb des Diaphragmas fand. Tumor oder Ulcera wurden nirgends entdeckt. Durch Herunterziehung des Oesophagus und Umknickung desselben am Hiatus war die genannte Dilatation entstanden. Es wurden Hepatopexie, Gastropexie und Gastrostomie gemacht. Die Patientin genas und nachdem sie an Gewicht bedeutend zugenommen hatte, wurde die Gastrostomiewunde geschlossen. Das Divertikel hatte sich bei der Entlassung 4½ Monate nach der Operation bis um die Hälfte verkleinert, und die Kranke war wieder fähig, in natürlicher Weise zu essen. Rovsing führt den Fall an als einen Beweis gegen die durch Groedel u. a. verfochtene Annahme, daß eine Gastroptose als Folge der Lockerung beider Befestigungspunkte des Magens überhaupt undenkbar sei.

Die hier zum ersten Male beschriebene, durch Gastroptose bedingte Umknickung der Speiseröhre kann nach Verf. vielleicht zur Erklärung des sogenannten Kardiospasmus mit Oesophagusdilatation herangezogen werden. Wenigstens hat R. mehrmals bemerkt, daß das Erbrechen bei Gastroptose völlig verschwand, nachdem der Ventrikel durch Gastropexie oder Unterleibsgürtel wieder gehoben worden war. *Carl Permin.*

Pagenstecher, E., Gastropexie vermittels des Ligamentum teres. (*Paulinenstiftg., Wiesbaden.*) Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 24. 1913.

Die Raffung des Lig. gastrohepaticum zur Behebung der Gastroptose ist in vielen Fällen wegen seiner Zartheit und Zerreißlichkeit nicht möglich. Pagenstecher benutzt zum Aufhängen der Pars pylorica — die Gastroptose ist nach Groedel vorwiegend eine Pyloroptose — ein widerstandsfähigeres Material: das Lig. teres. Die Zugrichtung ist, da das Lig. teres in der Leberpforte dicht neben dem Lig. gastrohepaticum inseriert, ungefähr dieselbe wie bei der Raffung. P. durchtrennt das Lig. teres direkt am Nabel, löst dann den unteren Teil des Lig. suspensorium hepatis, dessen freien Rand das Lig. teres ja bildet, ein Stück längs der vorderen Bauchwand, sodann bis an den vorderen Leberrand ab. So entsteht ein Lappen, vorn breiter als hinten, der sich bequem nach links und hinten herüberlegen und an der Magenvorderfläche befestigen läßt. Eine Drehung des Magens um seine Längsachse ist bei dieser Methode ebensowenig möglich wie bei der Raffung des Lig. hepatogastricum. Vom Ersatz eines derartigen Aufhängebandes durch einen freien Fascienstreifen rät P. ab. *Cohn* (Berlin).

Andrassy, Über die frühe Diagnose des Pyloruscarcinoms. Med. Korrespondenzbl. **83**, S. 15—17. 1913.

Rammstedt, C., Die Operation der angeborenen Pylorusstenose. (*Hedwigsklin. u. Säuglingsheim, Münster.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 3—4. 1913.

Verf. empfiehlt bei angeborener hypertrophischer Pylorusstenose der Neugeborenen als Operation der Wahl die Einkerbung des verdickten Muskelringes bis auf die an dem Prozeß unbeteiligte Schleimhaut, wodurch Verengerung und Spasmus mit einem Schlage beseitigt werden. Diese überaus einfache und denkbar schnell auszuführende Methode hat bei 2 Fällen des Verf. sofort zum Ziele geführt, während bei den mit extramuköser Pyloroplastik nach Weber (quere Vereinigung des Längsschnittes) behandelten 3 Fällen (2 Weber, 1 Verf.) der Pylorus erst nach einer Woche (wohl infolge abnormer Faltung der Schleimhaut) durchgängig wurde. Die bisher geübten Operationsmethoden (Gastroenterostomie, offene Pyloroplastik) sind für den geschwächten Säugling zu eingreifend, die Dehnung des Pylorus nach Loreta im Erfolge unsicher. Einen Nachteil von der Freilegung der Schleimhaut hat Verf. in beiden Fällen nicht beobachtet; die Bedeckung mit Netz scheint ihm nach diesen Erfahrungen unnötig, stellt vielmehr durch Verlängerung der Operationsdauer bei den meist sehr elenden Säuglingen den Erfolg in Frage. Verf. empfiehlt, sobald bei Neugeborenen die Diagnose Pylorospasmus mit Pylorustumor, die sich wohl immer stellen läßt, feststeht, sofortige Operation, in zweifelhaften Fällen Probelaparotomie. Eine kurzdauernde, einfache Laparotomie ist für den nicht schon zu sehr entkräfteten Säugling nicht besonders gefahrvoll. Mitteilung einer Krankengeschichte. *Blezinger.*

Haberer, Hans v., Der arteriomesenteriale Duodenalverschluß. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. **5**, S. 467—487. 1913.

Der arteriomesenteriale Duodenalverschluß ist als Strangulationsileus aufzufassen. Er kommt zustande durch eine Lageveränderung der Radix mesenterii in dem Sinne, daß dieselbe nach unten gestrafft wird, wodurch der Winkel, den die Art. mesent. sup. normalerweise mit der Aorta bildet, ein spitzerer wird, so daß das in diesem Winkel verlaufende Duodenum komprimiert wird. Diese Lageveränderung wird eine stabilere, wenn die ins kleine Becken gesunkenen Dünndarmschlingen durch ein vorgelagertes Organ, das einen Druck von vorne nach rückwärts ausübt, festgehalten werden. Die Symptome des a. D. sind meist Kollaps, hohe Pulsfrequenz, Stuhl- und

Windverhaltung und kopiöses galliges Erbrechen. Die Prognose ist ernst, unbehandelt führt die Erkrankung meist ad exitum. Prädisponierend wirken große Magerkeit, Enteroptose, angeborene Mesenterialabnormitäten und alle Operationen, welche Lageveränderungen der Bauchorgane bedingen, spez. gynäkologische. In Fällen, welche mit Drainage oder Tamponade des Peritonealraumes behandelt wurden, kann diese reflektorisch den Symptomenkomplex auslösen. H. bespricht eingehend die Differentialdiagnose zwischen a. D. und akuter Magendilatation. Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal beider Krankheitsbilder ist die beim a. D. bestehende peristaltische Unruhe oberhalb des Hindernisses, die erst im späteren Stadium der Erkrankung wie bei jeder anderen Form langdauernden Darmverschlusses aufhört. H. will exakt zwischen den primären und dem sekundär im Gefolge der akuten Magendilatation entstandenen a. D. geschieden wissen. Als Therapie wird rechte Seitenlage empfohlen. Genügt diese nicht, Bauch- oder Knieellenbogenlage. Operation (Gastroenterostomie, Darmfisteln usw.) nur als ultimum refugium. Bei drainierten oder tamponierten Laparotomiewunden ist daran zu denken, daß eventuell Entfernung der Tamponade den Krankheitszustand prompt beseitigt. Als Beweis für die Berechtigung der Aufstellung des primären a. D. als eines selbständigen Krankheitsbildes führt H. einen selbstbeobachteten Fall von chronischem Knickungsverschluß des Duodenums an der Radix mesent. bei einer an einer mächtigen Nabelhernie leidenden Patientin an. Es war zu einer mächtigen Hypertrophie und Dilatation des Magens und Duodenums gekommen mit Erweiterung des Pylorusringes. Der akute Verschluß wurde bewirkt durch stärkere Füllung des im Bruchsack fixierten Querkolons. Heilung durch Gastroenterostomie. Eine ausführliche Literaturübersicht ist der Arbeit beigegeben. *Burk* (Stuttgart).

Wurmfortsatz:

Handley, W. Sampson, Pelvic appendicitis. (Becken-Appendicitis.) West London med. journal **18**, S. 27—31. 1913.

Appendicitis bei Lage des Wurmfortsatzes im Becken zeichnet sich durch Bösartigkeit und schnelles Fortschreiten der deletären Veränderungen am Wurmfortsatz aus. Die Perforation des Becken-Wurmfortsatzes führt häufiger zu allgemeiner Peritonitis, als zum lokalisierten Absceß. Bei 5 von 7 Frühfällen (innerhalb der ersten 48 Stunden) war der Wurm entweder gangränös oder zum Platzen gefüllt. Die Darmwand ist an zwei Stellen entzündet und mehr oder weniger paralytisch: an den untersten Ileumschlingen etwa 1 m aufwärts der Einmündung ins Coecum und am Beckenteil der Flexur. — In der Vorgeschichte sind oft plötzlich auftretende hypogastrische Schmerzen und zu frühes Einsetzen der länger dauernden und reichlicheren Regel charakteristisch. Im klinischen Verlauf lassen sich drei Stadien abgrenzen: 1. Unbestimmte hypogastrische Schmerzen, die ständig oder kolikartig auftreten und oft bei der Miktion zunehmen. Keine Muskelspannung. R. Darmbeingrube frei; Druckschmerz daselbst kann fehlen. 2. Anhebende Darmobstruktion führt meist zum Arzt. Bauch aufgetrieben. Keine Muskelspannung. Flatus gehen entweder gar nicht oder nur mit Mühe ab. Aufstoßen, Erbrechen galliger Massen. Körperwärme oft gesteigert. Kein Zeichen für Peritonitis. Untersuchung von Mastdarm oder Scheide ergibt positiven Befund. 3. Eitrige diffuse oder multipel abscedierende Bauchfellentzündung. Bauchdecken besonders über der r. Darmbeinschaufel hart, gespannt, unbeweglich. Zunge trocken. Abdominaler Gesichtsausdruck. Völlige Darmlähmung. Die Diagnose kann allein durch Fieberbewegungen mit Pulsbeschleunigung und kolikartigen hypogastrischen Schmerzen gegeben sein, besonders wenn Druckempfindlichkeit in der rechten Darmbeingrube dazukommt. Vermehrung der Schmerzen durch Einläufe stützt sie weiter. Bei Fällen mit umschriebenen Abscessen können die erwähnten Erscheinungen fehlen. Retrocoecale Lage des Wurmfortsatzes kann ähnliche Erscheinungen machen, wenn der Eiter sich im Becken sammelt. Differentialdiagnostisch kommen Salpingitis und extrauterine Gravidität in Frage. Die Behandlung des ausgebildeten Anfalls muß die Darmobstruktion an beiden Stellen berücksichtigen. Entero-

stomie am Ileum oberhalb der gelähmten Schlingen und Resektion des entzündeten Ileum wird abgelehnt. Laterale Ileo-Coeco-Anastomose ohne Ausschaltung des unteren Ileumteiles ist die Operation der Wahl und in Frühfällen innerhalb der ersten 48 Stunden in nahezu einem Drittel, bei späteren Operationen in mehr als der Hälfte aller Fälle erforderlich. Die Obstruktion der Flexur verliert sich meist in etwa 8 Tagen, wenn durch Coecostomie — gegebenenfalls unter Benutzung der Einmündungsstelle des Wurms — ein Nelaton-Katheter eingeführt und außen mittels Gummiröhren in antiseptische Flüssigkeit weitergeführt wird. Auf die Vornahme der Coecostomie neben der Enteroanastomose wird der größte Wert gelegt. Von 7 hierhin gehörigen Frühfällen, bei denen zweimal in der erwähnten Weise vorgegangen werden mußte, starb keiner, von 8 Spätfällen 5. *zur Verth* (Kiel).

Daniel, G., Un cas d'appendicite post-traumatique. (Ein Fall von traumatischer Appendicitis.) Progr. méd. **41,** S. 22—23. 1913.

Eine 18 jährige Frau bekommt am 11. Juli einen Tritt gegen die rechte Fossa iliaca. Kurzer Schmerz. Einen Tag Schonung. Nach völligem Wohlbefinden am 18. Juli schwere Appendicitis, die sich Anfang August bessert, aber sofort rezidiviert. Nach konservativer Behandlung am 2. September Intervalloperation. Appendix verwachsen, multiple Ekchymosen; Schleimhaut an der Spitze blau verfärbt; Wand daselbst verdünnt und mit Eiter bedeckt. Die für die Diagnose der traumatischen Appendicitis gegebenen Bedingungen sind erfüllt, da ein freies Intervall vorhanden war und Wurmfortsatzerkrankungen nicht vorausgingen. *zur Verth* (Kiel).

L'appendicite nel campo ginecologico ed ostetrico. (Die Appendicitis auf gynäkologischem und geburtshilflichem Gebiet.) (17 congresso della soc. ital. di ostetr. e ginecol., Napoli, 6—9 nov. 1912.) Morgagni P. II. **55,** S. 25—28. 1913.

Dickdarm und Mastdarm:

Wegele, Über Colitis ulcerosa und ihre Behandlung. (*Wegeles Anst. f. Magen- u. Darmkranke, Bad Königsborn.*) Med. Klinik **9,** S. 89—91. 1913.

Die Ursache dieses sich immer mehr umschreibenden Krankheitsbildes ist, selbst wenn man Tuberkulose und Lues aus der Ätiologie ausscheidet, noch nicht richtig erkannt und wohl auch keine einheitliche. Diese jahrelang dauernde Erkrankung wird intern behandelt mit Kamilleneinläufen zur Reinigung und medikamentöser Spülung (3 mal pro Woche eine Stunde nach dem Reinigungseinlauf) von 1 proz. Ichthyollösung, bei Neigung zu Blutung mit Chlorcalciumgelatine. Als chirurgische Behandlung kommen in Betracht: Appendicostomie nach Weir, Schrägfistel, Darmausschaltung und am meisten der breite künstliche After. Die Erfolge der operativen Behandlung, die nur bezweckt den Darminhalt abzuleiten und eine leichtere medikamentöse Beeinflussung zu gestatten, sind noch nicht zu übersehen und zu bewerten. *Iselin.*

Torday, Á. v., Ein Fall des Megasigma. (Megakolon.) Pest. med.-chirurg. Presse **49,** S. 17—19. 1913.

Mitteilung eines Falles von Megasigma, bei dem die klinisch gestellte Diagnose durch das Röntgenbild bestätigt wurde. *Stierlin* (Basel).

Fischer, Aladár, Ein mit Resektion geheilter Fall eines Megasigma congenitum. (*Siegmund u. Adele Bródy-Kindersp.*) Pest. med.-chirurg. Presse **49,** S. 19 bis 20. 1913.

Bei einem 6 jährigen Knaben mit den Symptomen der Hirschsprungschen Krankheit fand man bei der Operation ein 35—40 cm langes, auf einen Durchmesser von 15—20 cm geblähtes Stromanum. Die beiden Fußpunkte des sehr langen Mesenteriums waren 5—6 cm von einander entfernt. Die übrigen Partien des Dickdarms waren weniger erweitert und hypertrophisch, anscheinend nur sekundär. Die Resektion des Megasigmoideum mit end-to-end Vereinigung der Darmenden brachte Heilung. Beobachtungsdauer einige Monate. *Stierlin.*

Reglus, Paul, Le rétrécissement congénital du rectum. (Die angeborene Verengerung des Mastdarms.) (*Hôt. Dieu.*) Presse méd. **21,** S. 29—33. 1913.

Die angeborenen Stenosen des Rectums werden meist mit den erworbenen verwechselt, sie sind viel häufiger als man annimmt. Sie beruhen darauf, daß im intrauterinen Leben die Anastomose zwischen Analteil und Rectum nicht im ganzen Kanal statt-

findet, sondern ein Teil der Scheidewand, ähnlich dem Hymen junger Mädchen, bestehen bleibt. Verf. bespricht eingehend 6 Fälle. Die Stenosenerscheinungen treten relativ spät auf, im 30.—50. Lebensjahr. Die Stenose liegt meist am Übergang von Analteil in die Ampulle, selten höher; sie stellt einen beiderseits mit Schleimhaut bekleideten Umschlag dar, der einen charakteristischen, Hymen ähnlichen, scharfen Rand aufweist (die erworbenen Stenosen sind trichterförmig oder zylindrisch). Dieser scharfe Rand kann aber unter entzündlich veränderten, vorgewulsteten Schleimhautfalten verborgen sein und so die Diagnose erschweren. Er findet sich aber immer bei genauer Untersuchung in Lokalanästhesie, worauf Verf. den Hauptwert seiner Publikation legt. Ferner sind für die angeborenen Stenosen die sog. „trockenen" nichtsecernierenden Fisteln charakteristisch, die man bisher irrtümlich als den luetischen Stenosen eigentümlich angesehen hat. Den Beweis für diese Ansicht erbringt Verf. durch die histologische Untersuchung einer solchen Fistel, die ergibt, daß es sich um angeborene, cystische Mißbildungen handelt. Die Therapie, die in allen 6 Fällen mit Erfolg angewandt wurde (2 nachuntersuchte Fälle), besteht unter Anwendung von Novocain-Adrenalin-Umspritzung in einer stumpfen Dehnung des Sphinkters, Aufsuchen des scharfen Stenosenrandes und mehrfacher Einkerbung desselben mit dem Knopfbistouri. Diese Prozedur wird unter gleichzeitiger Bougierung so oft wiederholt, bis das Hindernis völlig behoben ist. Für diese harmlose, aber erfolgreiche Behandlung ist die exakte Diagnosenstellung auf angeborene Stenose von Wichtigkeit, da sie bei erworbenen Stenosen nie zum Ziele führen würde. *Körbl* (Wien).

Heller, E., Der gegenwärtige Stand der kombinierten i. e. abdomino-dorsalen Exstirpation des carcinomatösen Mastdarms. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. **5**, S. 488—531. 1913.

Trotz des ablehenden Standpunktes des deutschen Chirurgenkongresses 1906 gegenüber der von Kraske empfohlenen kombinierten Mastdarmexstirpation hat nach Heller die Zahl der kombinierten Operationen zugenommen. Aus den verschiedenen Statistiken vom Jahre 1903—1912 berechnet H. eine Mortalität von 29%, und zwar bei Männern 36%, bei Frauen 15%. Von den einzelnen Chirurgen erreichen die besten Resultate W. Mayo mit 18%, Goepel mit 15% und Rotter gar nur mit 6% Mortalität. Die „ideale kombinierte Methode" besteht in der primären abdominalen Auslösung des Tumors und der sekundären Exstirpation von unten auf coccygealem Weg mit Einpflanzung des oralen Darmendes in den Sphincter nach Hochenegg. Die Hauptmodifikation der Operation ist die Anlegung eines definitiven Anus praeternaturalis nach abdomineller Auslösung des Tumors und Amputation des peripheren Mastdarmendes (Quénu, Hartmann). H. will die kombinierte Mastdarmexstirpation nicht als Methode der Not, sondern als Methode der Wahl angesehen wissen. Indiziert sei sie bei Carcinomen, welche mit ihrer oberen Grenze in die Pars pelvina recti, also über das Diaphragma musculare hinauf reichen wegen ihrer direkten Beziehungen zu dem oberen hämorrhoidalen Lymphdrüsengebiet. Ferner bei ausgedehnten Tumoren, besonders bei Verwachsungen mit Organen des Urogenitaltraktes. Kontraindiziert sei die Methode bei Allgemeinkrankheiten, hohem Alter, schlechtem Allgemeinbefinden, Arteriosklerose und Fettsucht der Patienten. Der Vorteil der kombinierten Methode gegenüber den anderen, besonders den sakralen Methoden ist nach H. die Möglichkeit, radikal operieren zu können infolge Beherrschung des Lymphdrüsengebietes, guter Einblick in die Operabilität des Tumors und rechtzeitige Entdeckung abdominaler Metastasen sowie die Fähigkeit, den oberen Dickdarm unter Berücksichtigung der Gefäßverhältnisse zu mobilisieren und bis zum Sphincter vorzulagern. Schließlich sei die Asepsis bis zum letzten Operationsakt durchzuführen. H. geht in seiner Arbeit sehr ausführlich auf die Gefäßversorgung des Mastdarms ein, da die häufigste und verhängnisvollste Komplikation der Mastdarmresektionen die Gangrän des oralen Darmteiles ist. Die von Rehn empfohlene Durchschneidung

der arter. hämorrhoid. super. ermögliche den Darm ohne Spannung vorzulagern, die Unterbindung sei oberhalb der Abgangsstelle der art. sigmoidea ima — kritischer Punkt Sudecks — vorzunehmen, um den Kollateralkreislauf zu erhalten, anatomischer Anhaltspunkt sei die Höhe des 5. Lendenwirbels oberhalb des Promontorium (Rubesch). Bei Arteriosklerose und kurzem Mesosigma schützt nach Sudeck die Ligatur der Hämorrhoidalis super. gleich unter dem Abgang der art. colica sin. nicht immer vor Gangrän. In solchen Fällen empfehle es sich, auf Vorlagerung des oralen Darmendes in den Sphincter zu verzichten und die Operation mit dem Anus abdominalis abzuschließen. *Gebele* (München).

Leber- und Gallengänge:

Fink, Franz v., Symptomatologie und Diagnostik des Gallensteinleidens, Indikationen zur chirurgischen Behandlung. (*Allg. öff. Kaiser-Franz-Josef-Hosp., Karlsbad.*) Prag. med. Wochenschr. **38,** S. 1—5. 1913.

An der Hand seines operativen Materials vom Jahre 1912 (40 Fälle) will Verf. über seine Anschauungen und Erfahrungen orientieren. Er teilt die Fälle nach dem pathologisch-anatomischen Befund ein, da das Operationsverfahren seiner Auffassung nach nur der subjektive Ausdruck der Indikationsstellung ist und nicht als Einteilungsgrund für die Bearbeitung dienen kann. Die klinischen Erscheinungen zerfallen in 2 Gruppen: in Symptome, welche durch die Erkrankung der Blase und in solche, welche durch Erkrankung der Leber und des Ductus choledochus bedingt sind. Zur ersten Gruppe rechnet Fink 22, zur zweiten 18 seiner Fälle. Die Indikation zur Operation bei ersteren ist für F. gegeben durch Steinverschluß des Cysticus, Infektion der Gallenblase mit ihren Folgezuständen, Übergreifen der Entzündung von der Blase auf die Umgebung und durch Steinkoliken, welche durch ihre lange Dauer und ihre Intensität zur Abnahme des Körpergewichtes und zu starker Beeinträchtigung des Lebensgenusses führen. Für das Übergreifen der Entzündung von der Gallenblase auf die Umgebung bezeichnet F. 3 typische Prädilektionsstellen: 1. vom Gallenblasenhals gegen die Leber zu; 2. vom Gallenblasenhals auf das Lig. hepatoduodenale und 3. vom Blasenpol auf die freie Bauchhöhle. Er illustriert seine Auffassung durch beigefügte, besonders charakteristische Krankengeschichten seines Materiales. Den Symptomenkomplex der auf die Gallenblase lokalisierten Cholelithiasis teilt F. in 6 Gruppen ein: 1. Fälle mit Steinen in der Blase, häufig wiederkehrenden Anfällen von großer Intensität ohne präzisen objektiven Befund. 2. Empyeme mit den Symptomen der lokalen Entzündung. 3. Empyeme mit Perforation nach der Leber zu, hochgradigen Schmerzen, Druckempfindlichkeit und Vergrößerung der Leber. 4. Cholecystitis mit Übergreifen der Entzündung auf Blasenhals und D. choledochus mit Konsekutiverscheinungen an letzterem und am Pankreas. 5. Cholecystitis mit Perforation der Gallenblase in die freie Bauchhöhle. 6. Cholecystitis mit Fortschreiten der Entzündung auf die benachbarten Bauchorgane, Stuhl- und Windverhaltung usw. Eine exakte Unterscheidung zwischen entzündlichem Ikterus bei Fortschreiten der Entzündung auf die Gebilde des Lig. hepatoduodenale und den lithogenen Choledochusverschluß ist häufig unmöglich. Die Anamnese, häufig wiederkehrender Ikterus und die Dauer des Leidens geben hier gewisse Anhaltspunkte. Bei Steinverschluß des Choledochus macht F. immer Ektomie bzw. Resektion der Blase und Choledochotomie mit Drainage. Gallensteinleidende mit offenem Cysticus und infektionsfreier Blase hält F. für interne Therapie, d. h. für eine Kur in Karlsbad geeignet, da solche Fälle in das Stadium der Latenz, ja der Heilung übergeführt werden können. Die Mortalität der operativ behandelten Fälle beträgt 7,5%. Die Arbeit enthält zahlreiche instruktive Krankengeschichten. *Burk* (Stuttgart).

Hofmeister, v., Die methodische Dilatation der Papilla duodeni und die Choledochoduodenaldrainage. Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 5—7. 1913.

Verf. hat ein neues Verfahren ersonnen, daß er dann anwendet, wenn er bei einer Choledochotomie wegen weicher Steine trotz Auslöffelns, Ausspülens oder Anwendung

der Chol.-Fege nicht das Gefühl hat, alle Bröckel entfernt zu haben. 1. Verf. begnügt sich nicht mit der einmaligen Sondierung der Pap. duodeni, sondern dilatiert sie systematisch mit Urethralbougies (Charr. 22—24). 2. Der Choledochus wird leberwärts mit einem sein Lumen vollständig ausfüllenden Rohr drainiert, das alle Galle nach außen leitet. Durch dieses dicke Rohr kann man schon einige Tage nach der Operation einen feinen Nélaton zur Spülung hindurchführen. 3. Durch die erweiterte Pap. duod. wird ein 6—8 mm dicker Schlauch 4 cm tief in das Duodenum vorgeschoben und mittels einer langzulassenden Zwirnnaht in der Choledochusincision befestigt. Über dieses Duodenaldrain wird bis an den Choledochus heran ein weites Rohr geschoben, durch das gleichzeitig auch die langgelassenen Choledochusnähte nach außen geleitet werden. Neben die Schläuche kommt ein Jodoformgazebeutel zu liegen. Durch dieses Verfahren wird bezweckt, daß die bei der Operation erreichte Dilatation der Papille erhalten bleibt. Es können ferner Medikamente und Nahrungsmittel ohne Belästigung des Magens eingeführt werden, bes. kann die aus dem anderen Rohre ausfließende und in einer Vorlage aufgefangene Galle zu den Mahlzeiten in das Duodenum eingegossen werden. Schließlich wirkt die Fistel als prophylaktische Enterostomie zur Entlastung des Darmes in den ersten Tagen nach der Operation. *Brüning* (Gießen).

Pankreas:

Gellé, Les avantages de l'histologie comparée dans la compréhension de la physiologie normale et pathologique de la fonction endocrine du pancréas. (Vorteile der vergleichenden Histologie zum Verständnis der Physiologie und Pathologie der inneren Sekretion des Pankreas.) Clinique. (Bruxelles) **27,** S. 1—6. 1913.

In zahlreichen eigenen und fremden Tierexperimenten findet Gellé eine Bestätigung seiner anderwärts schon für die menschliche Pathologie aufgestellten Grundsätze über die Abhängigkeit der inneren Sekretion des Pankreas von anatomischen Veränderungen des Organs: 1. Beim Einsetzen von Pankreasveränderungen hat das Drüsengewebe die Neigung sich in Langerhanssche Inseln zu verwandeln, um auf diese Weise die innere Sekretion des Pankreas aufrecht zu erhalten. 2. Je stärker oder länger dauernd diese Veränderungen sind, desto stärker verändert sich auch das bestehende Inselgewebe, und desto ungenügender wird die Neubildung von Inselgewebe. 3. Leber und Pankreas scheinen funktionell in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis voneinander zu stehen. Vor allem scheint die Glykogenbildung der Leber unter dem Einfluß der inneren Sekretion des Pankreas zu stehen. *Jung* (Straßburg).

Santini, Carlo, Il pancreas nella occlusione intestinale. (Das Verhalten der Bauchspeicheldrüse beim Darmverschluß.) (*Clin. chirurg., univ. Bologna.*) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig. S. 11—14. 1913.

Um den Tod beim Darmverschluß zu erklären, sind drei Theorien bis heute aufgestellt worden. Die erste Theorie führt den Tod auf eine reflektorische Einwirkung von seiten des verschlossenen Darmes auf die Herz-, Atmungs- und vasomotorischen Zentren zurück, die zweite auf eine durch den infektiösen Darminhalt entstandene Septicaemie und die dritte, am meisten anerkannte, auf eine Autointoxikation. Verf. stellte bei Hunden künstlich hoch und tief gelegene Darmocclusionen her, und studierte das Verhalten der Bauchspeicheldrüse. Er fand in ihr immer hochgradige necrotische Veränderungen, die Drüsenträubchen waren geschrumpft, das Protoplasma der Zellen und die Kerne zerstört, die Langerhansschen Inseln verschwunden, die Capillaren strotzend mit Blut gefüllt. Es handelte sich aber hierbei nicht um eine akute Pankreatitis mit Fettnekrose, sondern um eine zur Nekrose führende Blutstauung, welche letztere die Folge des Darmverschlusses war. Die Resorption nekrotischer Pankreasgewebsteile ist, wie bereits früher festgestellt, äußerst giftig und verderblich. Verf. glaubt daher, daß sie beim Darmverschluß neben den anderen vom Darm und von den übrigen veränderten Eingeweiden produzierten Giften eine Hauptrolle bezüglich des Eintritts des Todes spielt. *Herhold* (Hannover).

Harnorgane:

Pulawski, A., Brightsche Krankheit. Zweimalige Edebohlssche Operation. Basedow-Symptome zum Schlusse des Lebens. (*Kindl. Jesu-Spit., Warschau.*) Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 199—202. 1913.

Vorübergehender, aber deutlicher Erfolg nach einer Nierendekapsulation bei einer 43 jährigen Pat. mit chronischer Nephritis. Zuerst Dekapsulation der einen Niere: Urämische Erscheinungen verschwinden; der hohe Eiweißgehalt des Urins (bis 12°/₀₀) sinkt erst 4 Monate nach der Operation. Nach einem Jahre wegen Verschlimmerung des Zustandes Dekapsulation der anderen Niere: Einen Monat nach der Operation gute Diurese; Albumen geht auf 1—3°/₀₀ zurück. Diese Besserung hält etwa 2 Jahre an. Tod $2^1/_2$ Jahre nach der 2. Dekapsulation. 2 Monate vor dem Tode treten Basedow-Symptome auf. Wie nach Infektionskrankheiten bei dem Ausbruch des Morbus Basedowii Bakterientoxine eine Rolle spielen sollen, so bei chronischer Nephritis die retinierten giftigen Stoffwechselprodukte. *Oehlecker* (Hamburg).

Hering, W., Perirenales Hämatom nach Scharlach. (*Knappschaftskrankenh., Klettwitz.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** 24—25. 1913.

3 Wochen nach dem Auftreten eines scarlatinösen Exanthems traten bei einem 7jährigen Knaben unter leichter Temperatursteigerung und unter starken Schmerzen in der linken Nieren- und linken Leistengegend bis herab zum Hoden Symptome von Darmverschluß auf. Nach ergebnisloser linksseitiger Herniotomie: mediane Laparotomie. Von dieser aus wurde ein linksseitiges perirenales Hämatom festgestellt, das durch Flankenschnitt eröffnet wurde. Die Nieren (und der Urin) waren gesund. Beuteldrainage. Exitus an Peritonitis. Sektion unvollständig, jedoch sind die Nieren auch histologisch gesund. *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Männliche Geschlechtsorgane:

Pringle, Seton, Radical operation for malignant disease of the testis. (Radikaloperation bei maligner Hodenerkrankung.) Lancet **184,** S. 21—23. 1913.

Die moderne Behandlung maligner Geschwülste bezweckt möglichst radikale Entfernung im Zusammenhang mit Lymphbahnen und Lymphdrüsen. Dieser Grundsatz wurde bisher bei der Operation maligner Hodenerkrankungen nicht hinreichend berücksichtigt. Verf. gibt einen Überblick über die verschiedenen Tumoren des Hodens, die in der Mehrzahl auf maligner Degeneration anfangs gutartiger Mischgeschwülste beruhen. Vom Standpunkt des Operateurs kann man die malignen Hodentumoren in die beiden großen Gruppen der Carcinome und Sarkome einteilen. Die Carcinome sollen radikal operiert werden, bei reinen Sarkomen würde eine Radikaloperation unnötig und unberechtigt sein. Das Lymphgefäßsystem des Hodens wird nach den Arbeiten von Jamieson und Dobson u. a. durch eine Abbildung erläutert. Die Drüsen, in die die Lymphbahnen des rechten Hodens münden, liegen im wesentlichen zwischen Vena cava und Aorta von der Höhe der Nierenvenen abwärts bis zur Bifurkation, zum kleinen Teil auf der Aorta zwischen linker Nierenvene und Ursprung der Art. mes. inf., eine Drüse auch an der Innenseite der Art. il. ext. Linkerseits sind die primären Drüsen hauptsächlich an der Außenseite der Aorta zwischen linker Nierenvene und Bifurkation und um den Abgang der Art. mes. inf. herum angeordnet. Die sekundären Drüsen liegen tief zwischen und unter Aorta und Vena cava, teilweise sogar unter Duodenum und Pankreas, sind daher nicht operativ zu entfernen. Die Inguinaldrüsen sind nur dann erkrankt, wenn die Haut des Scrotum vom Tumor mitergriffen ist. Um radikal zu operieren, muß man demnach rechterseits das ganze retroperitoneale Bindegewebe mit Lymphbahnen und Lymphdrüsen von der linken Seite der Aorta bis außen von den Vasa spermatica und von der Höhe der Nierenvene bis zur Kreuzung des Vas deferens mit der Art. il. ext. im Zusammenhang entfernen. Links würde die mediale Grenze des Operationsgebietes die rechte Seite der Aorta sein müssen. Eine so radikale Entfernung der primären Drüsen des Hodens ist auf transperitonealem Wege nur selten möglich. P. tritt daher für die extraperitoneale Methode ein, in allen Frühfällen, in denen nur die primären Drüsen ergriffen sind. Er ist überzeugt, daß die Radikaloperation, die bisher 13 mal ausgeführt ist, erheblich bessere Resultate geben wird als die bloße Kastration, bei der 80% Rezidive auftreten sollen.

Pringle gibt dann die Krankengeschichte eines 28jährigen Patienten, bei dem er die Radikaloperation wegen eines seit Jahren bestehenden linksseitigen Hodentumors ausgeführt hat. Der Operationsschnitt umkreiste die Geschwulst und wurde nach oben über den Leistenkanal, dem Lig. Poup. entlang bis einige Zoll über Nabelhöhe emporgeführt, und nach Auslösung des Tumors, Samenstrangs und der Leistendrüsen im oberen Teil bis auf das Bauchfell vertieft. Das Peritoneum wurde nach innen gezogen, das Vas deferens tief im Becken durchtrennt, die Psoasfascie gespalten und nach Ligatur der Vasa sperm. das ganze retroperitoneale Bindegewebe mit den Lymphbahnen in oben bezeichneter Ausdehnung und im Zusammenhang mit dem Tumor exstirpiert. Das Peritoneum wurde dann zurückgelagert, die Muskulatur mit Catgut genäht und nur am Grunde des neugebildeten Scrotum ein kurzes Drainrohr eingelegt. Zeit der technisch leichten Operation $1^1/_2$ Stunde. Von einem leichten Shock nach der Operation erholte sich der Kranke bald. Am 2. Tage nach der Operation mußten am abdominalen Teile der Wunde mehrere Nähte entfernt werden, worauf sich über $^1/_2$ Liter klare hellgelbe Flüssigkeit (Lymphe) entleerte. Verf. würde daher in künftigen Fällen außer dem Scrotaldrain noch ein 2. Drain einlegen. Heilung der Wunde, und noch 8 Monate nach der Operation völliges Wohlbefinden des Patienten. Pathologisch-anatomisch fand sich ein Mischtumor des Hodens von embryonalem Bau. Die Drüsen waren vergrößert, zeigten aber nirgends eine Spur von Metastasen. *Kempf* (Braunschweig).

Weibliche Geschlechtsorgane:

Daniel, Constantin, Die elephantiastische Tuberkulose der Vulva (primäre tuberkulöse Elephantiasis). Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. **37,** S. 65—79. 1913.

Verf. unterscheidet 3 klinische Formen der Vulvatuberkulose: 1. Eine cutane Form (Lupus der Vulva), 2. eine einfache ulceröse oder ulcerös-hypertrophische Form und 3. eine hypertrophische oder elephantiastische Form. Diese letztere Form ist charakterisiert durch eine mehr oder weniger ausgedehnte Hypertrophie (von einer einfachen begrenzten Schwellung bis zu einer Hypertrophie des gesamten Vulvaapparates) und durch ein elephantiastisches Ödem. Man kann eine harte Form, wo eine Sklerose den größten Teil des Gewebes ausmacht, von einer weichen Form unterscheiden, in welcher das Ödem vorherrscht. — Die Diagnose dieser klinischen Form der elephantiastischen Vulvatuberkulose ohne Ulceration ist schwierig; Fälle dieser Art sind allerdings selten. Als durch pathologisch-anatomische und bakteriologische Untersuchung sichergestellte Fälle läßt Verf. nur 6 Fälle folgender Autoren gelten: Pöwerlein (1902), Forgue und Massabuan (1909), Petit und Bender (1906), Bender (1906), Mériel (1907), Boursier (1908). Verf. selbst fügt noch eine 7. Beobachtung hinzu; er operierte eine 36jährige Frau, welche seit $1^1/_2$ Jahren eine Schwellung der r. großen Schamlippe besaß; die Schwellung griff später auch auf die l. große Lippe und die kleinen Labien über, schließlich auf die Umgebung, bis sich in den Leistenbeugen umfangreiche Drüsenschwellungen entwickelten. Die Therapie bestand in radikaler Exstirpation aller erkrankten Gewebe. Literaturverzeichnis von 53 Nummern über Vulvatuberkulose. *Brandes* (Kiel).

Strassmann, P., Zur Verwendung der Röntgenstrahlen für die Behandlung der Myome des Uterus. Therap. d. Gegenwart **54,** S. 24—28. 1913.

Verf. berichtet über seine seit zwei Jahren gemachten Erfahrungen mit der Behandlung der Myome durch Röntgenstrahlen. Er warnt vor der Bestrahlung submucös sitzender, polypöser Myome wie vor der schmerzender Myome. Auch Myome, die sich im Wochenbett durch aseptische Nekrose bemerkbar machen, sind nicht für Bestrahlungen zugänglich. Schädigungen der Schleimhaut der Blase und des Darmes durch die Röntgenstrahlen konnte Verf. verschiedentlich beobachten. *Kolb.*

Gliedmaßen.

Obere Gliedmaßen:

Baisch, B., Die kongenitale radio-ulnare Synostose. (*Chirurg. Univ.-Klinik, Heidelberg.*) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31,** S. 46—57. 1913.

Baisch beschreibt den Fall eines 11jährigen Jungen, bei dem eine Supinationsstörung beider Vorderarme von Geburt an bemerkt und im 3.—4. Lebensjahre durch die Röntgenaufnahme als Synostose des proximalen Endes von Radius und Ulna festgestellt war. Lange fortgesetzte und ausgiebige methodische Übungen blieben ohne Erfolg. Neben einer rechts-

konvexen Gesichtsskoliose fällt ein Cubitus valgus beiderseits auf mit Fixierung in starker Pronationsstellung der Vorderarme und Hände, so daß beim Versuch einer Supination eine Auswärtsrotation im Schultergelenk gemacht wird. Die Knochen sind gracil, besonders an den Vorderarmen und Händen, es läßt sich kein Radiusköpfchen nachweisen, dagegen eine undeutlich abgrenzbare Resistenz. Die Streckung des Ellenbogengelenks ist etwas, die Beugung gar nicht behindert. Die beigefügten Röntgenbilder bestätigen die gestellte Diagnose.

Betreffs der Entstehung der Deformität nimmt B. einmal die primär bindegewebige Vereinigung von Radius und Ulna, und erst die sekundäre Synostose an. Dann glaubt er auch mit Rücksicht auf die vorliegende nicht sehr zahlreiche Literatur (38 Fälle), besonders bei der vorliegenden Asymmetrie beider Gesichtshälften mit einer deutlichen Gesichtsskoliose den Einfluß einer Druckwirkung, äußerer Momente bei der Entstehung der vorliegenden Mißbildung mehr annehmen zu müssen, als eine endogene, im Foetus selbst gelegene. *Creite* (Göttingen).

Untere Gliedmaßen:

Pürckhauer, Rud., Über Verletzungen der Ligamenta cruciata des Kniegelenks. Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 73—75. 1913.

Drei einschlägige Fälle, von denen Pürckhauer zwei nach längerer Zeit nachuntersuchen konnte. Der Entstehungsmechanismus der erst in der Röntgenära öfter beobachteten Verletzung ist ein vierfacher: 1. Hyperextension, 2. Hyperflexion, wenn zugleich eine Gewalteinwirkung von hinten in die Kniekehle hinein statthat, 3. Hyperextension und gleichzeitige hochgradige Abduktion nach außen, 4. Rotation nach innen oder außen durch große Gewalt, meist mit schweren Nebenverletzungen der Seitenbänder und der Kapsel. Das charakteristische Spätsymptom ist die aktive und passive Subluxationsmöglichkeit nach vorne und hinten, ohne seitliche Wackelbewegungen und bei sonst geringen Funktionsstörungen. In frischen Fällen empfiehlt sich die Naht der abgerissenen Ligamente, die in Spätfällen, wenn Beschwerden und Funktionsstörungen nicht zu groß sind, besser durch eine die Subluxationsmöglichkeit verhindernde Kniehülse mit Gelenk ersetzt wird. *Vorderbrügge.*

Steinmann, Fr., Zur Heftpflasterextension in Semiflexion des Kniegelenks. Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 49—50. 1913.

Bei Anwendung eines von Grune zur Behandlung von Oberschenkelfrakturen empfohlenen, in Achtertouren um das gebeugte Knie herumgeführten Kniezuges notierte Steinmann als eine störende Nebenwirkung den Druck des dicht oberhalb der Kniescheibe um die Vorderfläche des Oberschenkels gelegten Schlingenteils auf die Weichteile; bei Unterpolsterung mit Mullstreifen rutschte der Zügel von seiner ursprünglichen Lage ab. Autor rät, an Stelle eines geschlossenen Heftpflasterstreifens zwei zu verwenden, deren kurze — freie — Enden sich über der Vorderseite des Oberschenkels, deren periphere, unterhalb der Fußsohle durch Zugbrettchen geschlossene lange Enden über der Wade sich kreuzen sollen (Demonstration des spiralförmigen Zuges). Ein besonderer Vorteil des von St. vor allem bei Weiterbehandlung von nagelextendierten Oberschenkelfrakturen nach Entfernung des Nagels angewandten Verfahrens liegt in der Möglichkeit, das Kniegelenk freier zu bewegen, als die Anordnung nach Bardenheuer-Grune es gestattet. *Kroh* (Köln).

Anzoletti, Augusto, Zur Behandlung des reflektorisch-spastischen Pes valgus. (Künstlich herbeigeführte temporäre Lähmung des N. Peronaeus.) (*Ist. dei rachitici, Bergamo.*) Zentralbl. f. chirurg. u. mechan. Orthop. **7**, S. 1—3. 1913.

Anzoletti wendet beim reflektorisch-spastischen Pes valgus statt Narkose oder Lokalanästhesie der Gelenke folgende Methode an: Mit einem Gummischlauch komprimiert er den N. peronaeus in der Höhe des Wadenbeinköpfchens an der Stelle, wo der N. peronaeus den Wadenbeinhals umwindet. Nach ca. 30 Minuten erschlaffen sämtliche vom N. peronaeus innervierten Muskeln, so daß der Fuß bequem in Varusstellung eingegipst werden kann. Erst nach Erstarren des Verbandes wird der Schlauch gelöst. In 2 angeführten Fällen hat A. günstige Erfolge erzielt. *Schmitz* (Leipzig).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete

Band I, Heft 2 S. 49—88

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Delchef, Jos., Existe-t-il une prophylaxie des difformités physiques chez l'enfant? (Gibt es eine Verhütung von Körperverbildung bei Kindern?) Scalpel et Liège méd. **65,** S. 444—449. 1913.

Der Autor teilt die Difformitäten ähnlich wie Hoffa in 1. angeborene und 2. erworbene ein und unterscheidet in jeder Gruppe a) primäre und b) sekundäre Erscheinungen. Als Ursachen gibt er an unter Anführung von Beispielen für Gruppe 1a) fehlerhafte Keimanlage, Entwicklungshemmung und Entwicklungssteigerung; für Gruppe 1b) intrauterine Traumen, amniotische Stränge und Verwachsungen, Fruchtwassermangel, Nabelschnurumschlingung, Erkrankungen des Foetus; für Gruppe 2a) die verschiedenen Traumen, welche Frakturen und Luxationen erzeugen; für Gruppe 2b) die Überlastung des Körpers in gesundem und krankem Zustande und die verschiedenen Gewebserkrankungen (myogene, arthrogene usw.), welche Kontrakturen im Gefolge haben. Die Prophylaxe der angeborenen Verbildungen fällt, soweit sie überhaupt möglich ist, in das Gebiet der Soziologen, Syphilidologen und der Ärzte überhaupt. Bei den erworbenen Difformitäten kommt in erster Linie die rechtzeitige und sachgemäße Behandlung der Knochenbrüche und Verrenkungen in Betracht; ferner die Berücksichtigung einer fehlerhaften Körperhaltung, der Kleidung und des Schuhwerkes, von Knochen- und Gelenkserkrankungen, besonders der unteren Extremitäten u. a. Praktisch genommen deckt sich also die Prophylaxe der erworbenen Difformitäten mit ihrer frühzeitigen Behandlung. Leider stößt man dabei oft nicht nur bei den Angehörigen der Kinder, sondern auch bei Ärzten auf Vorurteile und Widerstand.

Gourdon berichtet über seine Erfahrungen bei der orthopädischen Schulinspektion in Bordeaux und schildert die Durchführung derselben. In den letzten drei Jahren wurden von 22 821 Kindern der Knaben- und Mädchenschulen und Kindergärten 2900 zur genaueren Untersuchung bestimmt; zu dieser selbst kamen 1485. Interessant sind die Gründe, welche die Eltern abhielten, ihre Kinder untersuchen zu lassen. Von 811 Kindern, denen orthopädische Behandlung empfohlen war, kamen 650 wirklich dazu, während für den Rest die Eltern eine Behandlung wegen Zeitverlust und aus anderen Gründen ablehnten. In einer Tabelle erscheinen die verschiedenen Befunde bei den 585 Schülern verzeichnet, welche im Spitale behandelt wurden. Mehr als die Hälfte davon litt an Skoliose, 60 an Kyphose, 8 an angeborener Hüftverrenkung usw. Gourdon nimmt an, daß die schlechte Körperhaltung nur bei einer pathologischen Weichheit der Wirbelsäule zu dauernden Verbiegungen führen kann und daß eine Verbesserung der Sitzgelegenheit allein nicht genügt, die Difformität zu verhindern. Vor allem gilt es, die prädisponierten unter den Schülern herauszufinden und die einseitig Sitzenden zu einer gleichmäßigen Gesäßbelastung zu verhalten, ihnen wiederholt Gelegenheit zum Ausruhen und freien Bewegen zu bieten. Auf Grund der Erfolge Gourdons wünscht der Autor für Liège und für Belgien überhaupt die allgemeine orthopädische Schüleruntersuchung.

v. Khautz (Wien).

Geddes, A. C., The origin of the osteoblast and of the osteoclast. (Der Ursprung des Osteoblasten und des Osteoclasten.) Journal of anat. a. physiol. **47,** S. 159—176. 1913.

An Embryonenserien, hauptsächlich menschlichen, sucht Geddes den Ursprungsort des Osteoblasten zu ermitteln. Der Osteoblast entsteht nicht aus Trümmern der zersprengten Knorpelzelle am Orte der endochondralen Ossification, da er gegenüber der Knorpelzelle sich färberisch verschieden erweist. Es läßt sich vielmehr an zahllosen Schnitten ohne Ausnahme der Weg des Osteoblasten rückwärts verfolgen in das Periost. Aber auch dieses wird nur „en route" passiert. Vorstufen des Osteoblasten lassen sich mittels mikrophotographischer Methoden noch in den unteren Schichten des Ekto-

derms nachweisen. Ebenfalls auf Grund färberischer Eigentümlichkeiten stellt Verf. fest, daß der Osteoclast aus einem Konglomerat von Knorpelzellen und Osteoblasten besteht, mithin meso-ektodermaler Herkunft ist. 11 mikrophotographische Abbildungen.
Hartert (Tübingen).

Ribbert, Hugo, Beitrag zur Rachitis. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 8—10. 1913.
In der Ätiologie der Rachitis spielen nach Ansicht des Verf. Störungen des Kalkstoffwechsels keine Rolle. Nach klinischen Erfahrungen kann falsche Ernährung durch Stoffwechselstörung Rachitis hervorrufen. Im Experiment erzeugt bakterielle Infektion, Thymusexstirpation der menschlichen Rachitis ähnliche Veränderungen. Diese drei Tatsachen lassen sich unter dem gemeinsamen ätiologischen Gesichtspunkte der Toxinwirkung zusammenfassen. Gestützt wird diese Auffassung durch den bei Rachitis vom Verf. regelmäßig erhobenen Befund von Knorpelzellennekrosen im Bereich der endochondralen Ossifikation. Auch bei der Osteomalacie kommen vielleicht toxische Einflüsse in Frage. *Hartert* (Tübingen).

Imhof, A., Über Geisteskrankheit und Osteomalacie. (*Oberbayr. Heil- u. Pflegeanst. Gabersee.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Orig. **14,** S. 137—157. 1913.
Rein kasuistischer Beitrag zu der Frage nach dem Zusammenhang zwischen diesen beiden Erkrankungen; in den letzten 25 Jahren kamen in Gabersee 15 Fälle zur Beobachtung, davon 13 Frauen, 2 Männer = 87 : 13%. Ähnlich wie in anderen Statistiken gehören die Mehrzahl der Geisteskrankheiten, die gleichzeitig neben der Knochenerkrankung bestanden, in die Gruppe der Dementia praecox und es liegt auch in dieser Untersuchung wieder der Hinweis, daß ein, wenn auch noch dunkler innerer Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen bestehen muß. Auf die Theorien geht Verf. nicht ein, schon deswegen nicht, weil ihm keine histologischen Untersuchungen der in Betracht kommenden Organe, deren innersekretorische Einflüsse angeschuldigt werden, zur Verfügung stehen. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Ruggi, Giuseppi, Cura chirurgica di alcune lesioni periferiche che ledono i centri del sistema nervoso. (Operative Heilung peripherer Erkrankungen, die einen schädlichen Einfluß auf das Zentralnervensystem ausüben.) (*Clin. chirurg., univ. di Bologna.*) Rif. med. **29,** S. 1—7. 1913.
In einer klinischen Vorlesung gibt Ruggi seiner Überzeugung Ausdruck, daß bei nervös prädisponierten Menschen Erkrankungen der Unterleibsorgane geistige Störungen hervorzurufen vermögen. Er beobachtete bei einem an Harnverhaltung und Blasenkatarrh leidenden Manne geistige Verwirrungszustände, die durch die Entfernung der Prostata und durch die Heilung des Blasenkatarrhs beseitigt wurden. Besonders scheinen es Erkrankungen der Urinwerkzeuge zu sein, die psychische Störungen hervorrufen, da sie gewöhnlich — namentlich bei Frauen — auch mit Erkrankungen der Genitalorgane verbunden sind. Leiden der Geschlechtsorgane werden häufig von Störungen der inneren Sekretion gefolgt, und somit ist die innere Sekretion höchstwahrscheinlich ebenfalls ein ätiologischer Faktor bei der Entstehung von Geisteskrankheiten infolge Erkrankung peripherer Organe. R. bespricht Fälle, in welchen er geistige Verwirrungszustände bei Frauen durch Beseitigung einer Wanderniere oder durch Beseitigung von Gebärmutterleiden geheilt hat. Besonders hat er bei Frauen, die infolge ihrer erkrankten Genitalorgane an Depressionszuständen litten, durch die von ihm ausgebildete Resektion des Sympathicusgeflechts zu beiden Seiten der Gebärmutter gute Erfolge erreicht. Er glaubt, daß zugleich mit der Sympathicusresektion Gefäße des Plexus pampiniformis unterbunden werden, und daß der hierdurch entstehende Kollateralkreislauf günstig auf Uterus und Ovarien wirke. Er ist der Überzeugung, daß manche bei Männern beobachteten Depressionszustände und psychische Erkrankungen durch Beseitigung irgend eines Leidens an den Harn- oder Geschlechtswerkzeugen, ja selbst an der Leber oder dem Magen usw. dauernd geheilt werden können.
Herhold (Hannover).

Villard, E., et E. Perrin, Traitement des oblitérations vasculaires. (Behandlung der Gefäßverschlüsse.) Lyon chirurg. **9**, S. 4—30. 1913.

Die Unwegsamkeit großer, arterieller Gefäße ist auf chirurgischem Wege angreifbar. Bei völliger Verlegung steht die Freilegung und Eröffnung des Gefäßes an der Verschlußstelle mit Entfernung des Hindernisses und nachfolgender Naht der Angiotomiewunde zu Gebote. Ist die Obliteration durch einen Embolus bedingt, so verspricht dieser Eingriff einen Erfolg, wenn unmittelbar nach dem Ereignis bei jugendlichen Personen mit gesundem Gefäßsystem operiert werden kann. Dagegen steht bei Gefäßverschluß durch Thrombose nur eine vorübergehende Besserung zu erwarten, da die eigentliche Entstehungsursache der Verlegung, d. i. die Schädigung des Endothels, nicht beseitigt wird, sondern fortwirkt und sehr bald zu erneuter Thrombosierung Veranlassung gibt. Zur Extraktion embolischer Verschlüsse aus der Lungenarterie bietet sich nur in den seltensten Fällen Gelegenheit, da bei der Schwere des Krankheitszustandes eine nach Minuten zählende Operationsverzögerung verhängnisvoll wird. In der Resektion des Verschlußstückes steht ein zweiter Weg offen. Ist ein ausreichender Kollateralkreislauf zu erwarten, so verzichtet man auf die Wiedervereinigung der Resektionsenden. Sonst ist die Gefäßkontinuität durch termino-terminale Naht oder durch Einschaltung eines frei transplantierten Venenstückes (aus Begleitvene oder Saphena) wiederherzustellen. Die Umgehung des Hindernisses durch Schaffung einer neuen Blutbahn wird mit der arterio-venösen Anastomose angestrebt. Im Tierexperiment scheint in der Tat eine völlige Umkehr des Blutstromes gelungen zu sein; die klinische Erfahrung dagegen lehrt, daß die Überwindung der Venenklappen und des Capillarsystems beim Menschen auf die Dauer kaum erzwungen wird. So darf die arterio-venöse Intubation nur in Ausnahmefällen, alsdann am besten in der End- zu End-Modifikation, am Platze sein. Für die Ableitung des überfüllten Pfortadersystems hat sich die künstliche Kollateralkreislaufbildung durch Omento-, Spleno- oder Hepatopexie als unzulänglich erwiesen. Die direkte, termino-terminale Anastomose zwischen Vena portae und Vena cava ist wegen der Ausschaltung des entgiftenden Leberkreislaufes nicht angängig. Der Versuch, einen Mittelweg zwischen der unzureichenden Omentofixation und der unphysiologischen Porta-cavaimplantation durch Verbindung lediglich von Ästen der beiden Systeme (Ovarial- mit Mesenterialvene) einzuschlagen, ist bisher gescheitert. Am ehesten verspricht bei derartiger Behandlung des Ascites die Seit- zu Seitanastomose der Pfortader mit der Hohlvene einen Dauererfolg, da auf der einen Seite eine reichliche Blutableitung aus dem überfüllten System statthat, auf der anderen Seite das Pfortaderblut in genügend starkem Strome zur Leber gelangt, um dort seinen Entgiftungsprozeß durchzumachen. *Meyer* (Köln a. Rh.).

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Weichardt, Wolfgang, und Paul Haussner, Dauerträger und Dauerträgerbehandlung bei infektiösen Darmerkrankungen. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. **10**, S. 726—818. 1913.

Nach einleitenden Kapiteln über das Dauerträgertum überhaupt und die Verteilung der Dauerträger in der Bevölkerung gehen Verff. auf den auffälligen Zusammenhang zwischen Typhusbacillen und Gallenblase ein und besprechen im nächsten Kapitel Gallensteine und Dauerträgertum sowie die Möglichkeit, ob Typhusbacillen, die, wie besonders aus den Versuchen Doerrs hervorgeht, auf dem Blutwege in die Gallenblase hineingelangen, an der Bildung von Gallensteinen beteiligt sein können, und führen verschiedene Ansichten über die Entstehung der Gallensteine unter besonderer Berücksichtigung der Beteiligung etwa vorhandener Bakterien an.

Der nächste Abschnitt „Operations- und Sektionsbefunde" behandelt einige Sektionsbefunde, besonders den Befund von Kamm, der Typhusbacillen außer in der Gallenblase in den Gallengängen 1.—3. Ordnung, im Innern

eines großen Gallensteins, im rechten und linken Leberlappen, sowie im Knochenmarke, der Milz und in den Faeces, nicht dagegen im Herzblut fand. Nach Anführung der in der Literatur bekannten Fälle, in denen Typhusbacillenträger am typischen Typhus erkrankt waren, und der Erklärungsversuche für den Dauerträgerzustand, werden im Kapitel Schädigung der „Dauerträger durch ihre Bacillen" die übrigen bekannten Schädigungen der Individuen durch die im Körper vorhandenen Typhusbacillen (eitrige Pleuritis, Rippeneiterungen, Pyonephrose, Bauchdeckenabsceß, Halsabsceß, Periostitis, vereitertes Ovarialcystom) behandelt. Nach klinischer Schilderung einer Typhussepticämie mit Sektionsprotokoll und ausführlicher Behandlung der Typhusverbreitung durch Dauerträger wird auf die Therapie eingegangen. Bacillenausscheidung mit dem Urin konnte in einem Falle mit Urotropin, in einem anderen mit Urotropin, Hetralin und Borovertin zusammen beseitigt werden. Die Bacillen im Stuhl verschwanden nur in einem Falle durch Joghurt, in einem anderen durch Natr. salicyl. In allen anderen bekannt gewordenen Fällen schlug die innere Therapie (Kalomel, Formalinpräparate, Cholagoga, Verfütterung von Bact. coli und Bact. aërogenes lactis u. v. a.) fehl. Dann wird die chirurgische Therapie besprochen und die 4 Fälle von Blumenthal und der Fall von Doerr angeführt, bei denen Typhus- oder Paratyphusbacillen aus der bei der Operation gewonnenen Gallenblase gezüchtet werden konnten, bei denen aber nach der Operation keine Bacillen im Stuhle nachweisbar waren. Auch die Fälle von Dehler (4), Lorey (1) und Grimme (1), die Typhusträger aus der Indikation heraus, die Kranken von ihrem Bacillenträgertum zu befreien, mit Erfolg zur Operation brachten, werden angeführt. Durch negative Erfolge von aus dieser Indikation heraus ausgeführten Operationen (Forster, Loebe je 1 Fall) und den eigentümlichen Fall von Pribram (Typhusträgerin durch Operation geheilt, aber 3 Jahre später Paratyphus-B-Ausscheiderin) nehmen Verff. an, daß die Gallenblase nicht der einzige Sitz der schmarotzenden Bakterien bei Dauerträgern ist, und versprechen sich daher keinen sicheren Erfolg von einer Operation. Zum Schluß wird die aktive Immunisierung, um Dauerträger von ihren Bacillen zu befreien, die bisher keine Erfolge ergab, und die Prophylaxe besprochen. *Fromme* (Göttingen).

Brault, J., Les pseudo-mycoses. (Die Pseudomykosen.) Progr. méd. **41**, S. 13—14. 1913.

Neben den echten Mykosen müssen auch die Pseudomykosen anerkannt werden, die als Ursache eine mehr oder weniger verwickelte Infektion durch Mikroben haben, und zwar handelt es sich dabei um eine Symbiose verschiedener Mikroben. Verf. veröffentlichte schon vor 15 Jahren zusammen mit J. Rouget klinische und bakteriologische Beobachtungen über Pseudomycosis, die er an der Hand von 2 Fällen in Algier zu studieren Gelegenheit hatte. Bei beiden Fällen, die damals im „Archives de médicin expérimentale" veröffentlicht wurden, handelte es sich um tiefgreifende phagedänische Geschwüre der unteren Extremitäten. Die bakteriologische Untersuchung ergab die Symbiose einer Mikrokokken- und zweier Stäbchenarten. Jetzt hat Verf. einen Fall in Behandlung bekommen, der auf den ersten Blick einer echten Mykose täuschendähnlich sah, bei dem es sich aber schließlich bei genauerer Beobachtung doch auch um eine Pseudomykose handelte.

Patient, ein eingeborener Lastträger, bietet keine Symptome von Lues oder Tuberkulose. Er bemerkte vor 7 oder 8 Monaten eine Anschwellung des linken Fußes, die bald anfing, zu abscedieren, wobei sich reichlich gelber Eiter entleerte. Fast gleichzeitig traten auch auf der linken Wange 2 andere kleine Abscesse auf, die auch heute noch sichtbar sind. Der erkrankte Fuß bietet jetzt folgendes Bild: Anschwellung des Fußrückens im Bereiche des 1.—4. Metatarsus. Am inneren Fußrande, wo die Anschwellung am meisten hervorspringt, findet sich eine fünfzigpfennigstückgroße runde Ulceration mit gelbrotem Grunde und kraterförmigen Wänden. Die Sonde erreicht leicht den blanken brüchigen Knochen. Außerdem findet sich auch auf dem dorsum der Großzehe eine harte Verdickung mit zentraler Ulceration, durch die die Sonde gleichfalls auf kranken Knochen trifft. Bei Druck auf die Geschwürsränder

entleeren sich Eiter und weiche schwammige Massen. Die Bewegungen des Fußes sind wenig schmerzhaft, so daß Patient sogar ein wenig gehen kann. Weitere Ulcerationen finden sich noch im Gesicht unter dem linken Augenwinkel, die mit Schorf bedeckt sind und von einem entzündlichen Hofe umgeben sind. Unter diesen Ulcerationen liegt gleichfalls kranker Knochen.

Die Differentialdiagnose schwankte zwischen Lues, Tuberkulose und einer Mykose, der Sporotrichosis in erster Linie. Für letztere fielen aber Traubenzuckerkulturen und Serumdiagnostik negativ aus. Meerschweinchenimpfungen ergaben keine Tuberkulose, Wassermann war negativ. Ebenso erfolglos blieb spezifische Behandlung mit Quecksilber und großen Dosen Jod. Wiederholte Untersuchungen des Eiters ergaben immer wieder eine Mikrokokken- und zwei Bacillenarten, einen langen, dünnen Gram-negativen und einen kurzen, dicken Gram-positiven Bacillus. Kulturen konnten nur vom Kokkus angelegt werden. Diese trübten Bouillon, bildeten nagelförmige Kolonien in Gelatinestichkultur, ohne das Nährmedium zu verflüssigen. Meerschweinchen, die mit dem Eiter geimpft waren, bekamen auch Abscesse, die aber bald heilten. Da die medikamentöse Behandlung versagte, wurde chirurgisch eingegriffen. Die verschiedenen Herde wurden breit inzidiert, die schwammigen Massen ausgekratzt, ebenso die cariösen Teile der befallenen Knochen; Kauterisation der ganzen Wundfläche, Jod; Kompressionsverband. Nach einigen Wochen waren alle Wunden vernarbt. Es handelte sich also hier um einen Fall von Pseudomycosis, der der spezifischen Behandlung, die für die echte Mycosis maßgebend ist, absolut widerstand und bei dem nur ein chirurgischer Eingriff zum Ziele führte. *Stadler* (Leipzig).

Plicque, A.-F., Les infections générales d'origine dentaire. (Die von den Zähnen ausgehenden Allgemeininfektionen.) Bull. méd. **27**, S. 28—29. 1913.

Oft wird eine Zahnkrankheit übersehen und vielmehr an ein Magenleiden, Tuberkulose oder eine Intoxikation gedacht. Daß durch das ständige Schlucken von Eitermassen, z. B. bei Pyorrhoea alveolaris, leicht Verdauungsstörungen erzeugt werden können, liegt auf der Hand; als Prophylaxe dagegen empfiehlt Plicque die gründliche Reinigung der Zähne vor jeder Mahlzeit. *Valentin* (Berlin).

McGuire, R. Clark, Aberrant and recurrent osteomyelitis. (Multiple und rezidivierende Knochenmarksentzündung.) Brit. med. journal **2714**, S. 13 bis 14. 1913.

Beschreibung eines gewöhnlichen Falles von Oberschenkelosteomyelitis, der bei nichtoperativer Therapie zu metastatischer Eiterung an der Tibia der anderen Seite führte. Tod an Pyämie. Ebensowenig bietet der Bericht über die beiden Fälle von chronischer Osteomyelitis mit akuten Nachschüben, 28, bzw. 12 Jahre nach der ersten Erkrankung, etwas Besonderes. Guire empfiehlt für solche Fälle äußerlich Quecksilbersalbe, innerlich Jodkali. Auch scheint ihm bei chronischer Osteomyelitis die Anwendung von Antistaphylokokkenserum zweckmäßig. Die Ursache der Rezidive sieht er in den Hämorrhagien, die bei kleinen Verletzungen in der nach abgelaufener akuten Osteomyelitis sehr gefäßreichen schwammigen Knochenhaut leicht entstehen können. *Bergemann* (Berlin).

Lewin, Alex. v., Neuere Forschungen über die Epidemiologie der Pest. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. **10**, S. 819—868. 1913.

Nach kurzer Besprechung der neueren bakteriologischen Forschung, der Pathogenese und Klinik der Pest geht Verf. auf die Epidemiologie ein, wobei eingehend die Übertragung von Tier zu Mensch und von Tier zu Tier (besonders Ratten und Rattenflöhe) behandelt wird, und bespricht dann die Prophylaxe inkl. Schutzimpfung und schließlich die innere und chirurgische (Bubonenexstirpation) Therapie, die beide sehr schlechte Resultate ergeben. Ausführliches Literaturverzeichnis von 14 Seiten. *Fromme* (Göttingen).

Schumacher, Zur Behandlung der Lepra mit Nastin. Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg. **17**, S. 15—17. 1913.

Verf. verabreichte im Bezirk Mahenge (Deutsch-Ostafrika) vier leichten Fällen von Hautlepra je 8 Einspritzungen von Nastin B_1 und 16 Einspritzungen von Nastin B_2, die in ungefähr wöchentlichen Zwischenräumen in das Unterhautzellgewebe gemacht wurden. Die erzielten Veränderungen im Zustand der Kranken scheinen für eine sehr günstige Wirkung des Nastins bei leichten Fällen von Lepra zu sprechen. *zur Verth* (Kiel).

Adam, Fr., L'échinococcose alvéolaire, son apparition dans l'Ain et le Jura. (Der Echinococcus multilocularis, sein Auftreten im Ain- und Juragebiet.) Gaz. des hôp. **86,** S. 37—38. 1913.

Das Vorkommen dieser in Frankreich extrem seltenen Erkrankung im Schweizer Jura ist lange bekannt. In den letzten Jahren wurden nun auch im französischen Juragebiet einige Fälle beobachtet. — Beschreibung der Pathologie, Symptomatologie und Therapie der Erkrankung an der Hand der bis jetzt in Frankreich publizierten Fälle.
Ströbel (Erlangen).

Geschwülste:

Haga, Ishio, Experimentelle Untersuchungen über die Erzeugung atypischer Epithel- und Schleimhautwucherungen. (*Städt. Krankenh. a. Urban, Berlin.*) Zeitschr. f. Krebsforsch. **12,** S. 525—576. 1913.

In einer Einleitung gibt Verf. eine Übersicht in Tabellenform über die Substanzen, die zur Erzeugung von Epithelwucherung benutzt worden sind mit dazugehöriger Literatur. Er selbst hat Versuche an Haut und Schleimhäuten bei Kaninchen, Hunden und Ratten ausgeführt, und zwar wandte er Einpinselungen mit Schornsteinruß, Alkohol, Äther ohne Erfolg an, während er bei wiederholten Nadelstichen, Unterbindung der Ohrarterien, Schnittwunden nicht atypische Epithelwucherungen erhielt. Einspritzungen in die Haut mit gesättigtem Ätherwasser führte nur einmal zu geringer Epithelwucherung, während Einspritzung von Nicotinwasser, Olivenöl, Sudanöl-Xylol keinen Erfolg hatten. Atypische Wucherung erhielt Verf. mit Scharlach oder Sudanöl. Bei der Einspritzung der Präparate in den Magen spritzte er entweder von der Serosa aus in die Submucosa oder zunächst durch die ganze Magenwand hindurch und dann noch einmal durch die Schleimhaut in die Submukosa. Während bei Einspritzung von Sudan- oder Scharlachöl sich die Tumoren nach 2—3 Wochen fast völlig zurückgebildet haben, besteht bei Zusatz von Eiterkokken noch 32 Tage lang ein großer Tumor, bei Zusatz von Karzinom noch 49 Tage. Besonders bei letzterer Mischung ist die Ähnlichkeit mit Carcinom sehr groß. Der Einspritzungsmodus II führte zu atypischer Epithelwucherung, die durch Charakterveränderung der durchstochenen Schleimhautabschnitte vom Verf. erklärt wird. Einspritzungen in Niere, Muskelgewebe, Mamma und Leber führte nur bei letzteren beiden zu geringer Wucherung. Transplantation von experimentell erzeugtem Tumormaterial führten zu keinem Resultat. Den verschiedenen Theorien über die Entstehung derartiger typischer und atypischer Epithelwucherungen gegenüber nimmt Verf. eine vermittelnde Stellung ein, ohne etwas Neues zu bringen. Schöne Abbildungen (makroskopische und mikroskopische), ausführliche Literatur.
Rost (Heidelberg).

Loeb, Leo, George T. Moore und Moyer S. Fleisher, Über das Vorkommen von Hefen in menschlichen Tumoren, mit Versuchen über das Wachstum einer pathogenen Hefe im Tierkörper. (*Barnard Free skin a. cancer hosp. u. Laborat. d. Missouri botan. garden, St. Louis, Mo.*) Zentralbl. f. Bakteriol., Orig. **67,** S. 450 bis 472. 1913.

16 bösartige Tumoren wurden nach der etwas modifizierten Methode von Leopold auf das Vorkommen von Hefezellen untersucht. Nur bei einem Sarkom der Highmorshöhle gelang es, eine dem Saccharomyces cerevisiae ähnliche Hefe zu züchten, mit der verschiedene Tierversuche gemacht wurden. Intraperitoneale Injektion von Hefezellensuspension führte zuweilen zur Bildung von Knötchen im Peritoneum, die aus Bindegewebsproliferation um die Hefe bestanden und sich genau wie ähnliche Proliferationen um indifferente Fremdkörper verhalten. Die Untersuchungen haben keine positiven Ergebnisse bezüglich der Tumorbildung gebracht. *Stammler* (Hamburg).

Landau, Moritz, Zur onkologischen Stellung der sogenannten „verkalkten Epitheliome" der Haut. (*Albertus-Univ., Königsberg i. P.*) Zeitschr. f. Krebsforsch. **12,** S. 506—524. 1913.

Neben eingehendem kritischem Überblick über die bisherige Literatur werden zwei in das Gebiet der sogen. verkalkten Epitheliome gehörende, von einem Individuum stammende Geschwülste histologisch eingehend beschrieben. Es handelt sich bei geringer Verkalkung in der Hauptsache um Verhornung. Die Tumoren sind epithelialer Abkunft, es besteht weitgehende Ähnlichkeit mit Plattenepithelcarcinomen. Trotz klinischer Gutartigkeit stehen die Tumoren an der Grenze der Carcinome. Ob der eine

der beiden von Landau beschriebenen Tumoren eine Metastase des anderen darstellt oder eine selbständige Geschwulst ist, wird vom Autor nicht mit Sicherheit entschieden.
Colley (Insterburg).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Bordas, F., De l'emploi des basses températures en cryothérapie. (Über die Anwendung von niederen Temperaturen in der Cryotherapie.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc. **156,** S. 84—85. 1913.

Um die der bisher bei Cancroiden, Lupus, kavernösen Angiomen usw. mit Erfolg gebrauchten Methode der Kohlensäureschneebehandlung anhaftenden Nachteile einer chemischen und bakteriologischen Unreinheit der auf die Gewebe gebrachten festen Kohlensäure zu vermeiden, hat Bordas ein sterilisierbares Instrument konstruiert, mit dem er eine Kältemischung von Alkohol oder Aceton mit Kohlensäure bereitet.

In der Hauptsache besteht das Instrument aus einem etwa 1,5 cm dicken, 20 cm langen Silbertubus, dessen eines Ende je nach dem Operationsbedürfnis flach gehalten ist oder in einem Kegel ausläuft. Am anderen Ende ist der Tubus offen, damit die feste Kohlensäure verdampfen und eine Erneuerung derselben im Kältegemisch besorgt werden kann. Außer der Sterilität erblickt B. gegenüber dem bisherigen Verfahren bei seiner Methode einen Vorteil darin, daß die Temperatur des Kältegemisches je nach Bedarf von 0—80° abgestuft werden kann.
Leuenberger (Basel).

Spriggs, N. J., Ligaturing forceps. Lancet **184,** S. 180. 1913.

Das Instrumentchen will eine Hilfe geben bei der Unterbindung sehr tiefliegender Gefäße, an die man mit der Hand nur sehr schwer, oder fast gar nicht hin kann. Es besteht aus 3, in kompendiöser Form vereinigten Teilen: ein Hebel zum Fassen des Gefäßes, ein zweiter zum Vorbringen der Ligaturschlinge, ein dritter zum Anziehen der Ligatur. Die Ligatur muß ein doppelt geschlungener Knoten sein, da man mit dem Instrument nur einen Knoten setzen kann; sollte ein zweiter nötig werden — bei größeren Gefäßen — so muß er mit der Hand nachgeknotet werden. Besondere Konstruktion weist die Vorrichtung 2 auf, die die lose geknotete Ligaturschlinge vorbringt und dann spannt. Sie besteht aus einem Schlitten, der am vorderen Ende zwei, wie Fühlhörner eines Insekts ausgebildete Hebelchen trägt. Die Fäden laufen über die Enden der Hebelchen nach dem Handende der Zange hin, wo sie in einem weiteren Hebel 3 eingespannt sind, der dann, wenn er heruntergedrückt wird, die Ligatur zuzieht. Schiebt man den Schlitten durch Betätigung eines am Handgriff angebrachten Hebels vor, so bewegt sich die Ligaturschlinge nach der Ligaturstelle; weiterhin gehen die Hebelchen dadurch, daß sich ein Conus zwischen sie schiebt, auseinander und spannen die Schlinge. Betätigung des Hebels 3 zieht dann die Ligatur zu. Das Instrument ist etwas kompliziert, doch nicht mehr als etwa ein Tonsillotom. Eine Ligatur läßt sich in etwa 15 Sekunden knüpfen. In Massen ist es bis jetzt noch nicht fabriziert worden, doch wird es auf besondere Bestellung von der Firma Weiß and Son, London, Oxford-street, geliefert. *Neumann* (Heidelberg).

Harman, N. Bishop, Director-forceps for use in partial tenotomy. (Leitklemme für partielle Tenotomie.) Ophthalmoscope **11,** S. 24—25. 1913.

Beschreibung einer Klemme, deren Branchen um 30° abgebogen sind, die untere trägt an der Innenfläche eine Hohlrinne, die obere entsprechend einen Spalt. Man faßt die Sehne des zu tenotomierenden Muskels quer, schneidet dann dessen mittlere zwei Drittel mit dem Messer innerhalb des Spalts, die Randpartien kerbt man mit der Schere am Außenrande der Branchen ein.

Verfertigt wird die Pinzette bei Weiß, London. *Meisner* (Berlin).

Kelley, Samuel W., Transfusion with Brewer's tubes. (Transfusion mit Brewers Tubes.) Americ. journal of clin. med. **20,** S. 33. 1913.

Auf dem letzten amerikanischen Chirurgenkongreß zeigte Downes eine Bluttransfusion mittels Brewers Röhrchen.

Diese Glastuben werden in flüssigem Paraffin gekocht. Darauf werden die Arterien des Spenders und eine Vene des Empfängers auf einige Zentimeter freigelegt und provisorisch ligiert. Vor dieser Ligatur wird die Vene proximal, die Arterie distal unterbunden und dann durchtrennt. Die Gefäßstümpfe werden mit Kochsalzlösung ausgewaschen und dann mit Paraffin angefeuchtet. Eine passende Tube wird in beide Gefäßlumina eingeführt und durch einen Faden befestigt. Nach Lösung der provisorischen Ligatur fließt das Blut, ohne daß man Besorgnis zu haben braucht, es möchte gerinnen. Die kleine Luftsäule in dem Röhrchen bedingt keine Gefahr. *Brüning* (Gießen).

Lusk, William C., An instrument for establishing fecal drainage, with a report of its use on a case, and a consideration of the site for making a fecal fistula in lowseated intestinal obstruction. (Ein Instrument zur Herstellung einer Ableitung der Fäces, mit Bericht seiner Anwendung in einem Falle, und Erörterung der zur Herstellung einer Kotfistel geeigneten Stelle bei tiefsitzendem Darmverschluß.) Ann. of surg. **57,** S. 106—121. 1913.

Verf. hat ein Instrument ersonnen, das die Herstellung einer „Kotfistel" in kürzester Zeit erlaubt, ohne daß der Darm selber an die Bauchwand angenäht zu werden braucht.

Das Prinzip ist, daß die Darmwand um die Stelle der in sie gemachten Incision fest gefaßt wird zwischen einen Ring, der ins Innere des Darms zu liegen kommt, und eine darauf passende Glocke. Aus dieser kann der Darminhalt durch ein Rohr abfließen. Das ins Darminnere zu liegen kommende Stück ist vor Einführung eine Spirale, die durch eine sehr kleine Öffnung ins Darminnere hineingedreht werden kann. Durch Umdrehen eines Riegels wird aus der Spirale ein geschlossener, in einer Ebene liegender Ring gemacht, und nun kann die äußere Glocke fest aufgeschraubt werden. Die Darmfistel ist nunmehr abgedichtet. Die Glocke wird alsdann an 4 Ösen durch Fäden an die Obliquusfascie befestigt. Durch die so geschaffene enge Anlagerung der beiden Bauchfellblätter kommt es später zwischen beiden zu Adhäsionen. Das Instrument wird entfernt, wenn es nicht durch die Darmwand von selber durchschneidet. Das Instrument ist an 5 Hunden und einem Fall von Darmknickung beim Menschen erprobt worden. Beim letzteren, der nach 22 Stunden starb, ergab die Sektion völlige Kontinenz der Darmfistel.

Auf Grund von Leichenversuchen empfiehlt Verf. eine kleine quere Incision innerhalb der Verbindungslinie beider Spinae a. s. Von einem solchen im Original näher präzisierten Schnitt aus kann man sich orientieren, ob der Blinddarm oberhalb der Verschlußstelle liegt. Wenn nicht, liegt jedenfalls an jener Stelle eine untere Ileumschlinge vor, an der die Kotfistel gemacht werden soll. Verf. glaubt, daß bei dieser Art der Inzision die Chancen am Größten sind, die Kotfistel an der geeigneten Stelle zu machen. *Burckhardt* (Berlin).

Rohde, Erwin, Einfacher Apparat zur Erzielung eines gleichmäßigen intravenösen Einlaufs. (*Pharmakol. Inst., Univ. Heidelberg.*) Zeitschr. f. biol. Techn. u. Methodik **3,** S. 85—87. 1913.

Der einfache Apparat stellt eine Verbesserung, bzw. Erweiterung des Kretschmerschen Apparates dar, mit dem Hauptunterschied, daß es möglich ist, an ihm die Menge der in jedem Augenblick infundierten Giftlösung abzulesen.

Er besteht einmal aus einem Behälter für die Giftlösung, die infundiert werden soll. Auf dieser lastet ein Luftdruck, der hierbei durch eine mit Preßluft von bestimmtem Druck gefüllte Glasflasche repräsentiert wird. In das beide Behälter verbindende Rohr ist ein graduierter Meßzylinder eingeschaltet. Weiterhin befindet sich in dem Druckluftzylinder etwas Wasser, das im gegebenen Falle in den Meßzylinder übergetrieben werden kann. Dieser Fall tritt ein, wenn der Abflußhahn am Behälter für die Giftlösung geöffnet wird: Die Druckluft treibt dann das Wasser in den Meßzylinder, dieses dann wieder die im Mgßzylinder befindliche Luft in den Behälter für die Giftlösung, und aus diesem die Giftlösung heraus.

Es ist dann natürlich immer die Menge des in den Meßzylinder übergetretenen Wassers gleich der Menge der infundierten Giftlösung, die also jederzeit an dem Meßzylinder abgelesen werden kann. Als einen weiteren Vorzug der neuen Anordnung bezeichnet es Verf., daß bei Störungen des Einlaufs an der Vene auch der Wasserübertritt in den Meßzylinder sistieren muß, so also solche sofort erkannt und beseitigt werden können. *Neumann* (Heidelberg).

Becker, Wilhelm, Der neue Myomotor. Ein Beitrag zur elektro-therapeutischen Behandlung der Muskulatur. Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31,** S. 109—124. 1913.

Der elektro-therapeutische Apparat, dem das Prinzip zugrunde liegt, durch Nachahmung der normalen Innervationsvorgänge den Muskel zu einer möglichst normalen, möglichst ausgiebigen Kontraktion zu zwingen, wird von B. ausführlich beschrieben. Es soll statt der einfachen Zuckung oder des starren Tetanus lebendige Muskelarbeit und ihr physiologischer Endeffekt, Bewegung des zugehörigen Gelenkes erzielt werden. Das wesentlich Neue, Charakteristische des Myomotors ist die eigen-

artige Dosierung der zugeführten therapeutischen Ströme, indem durch einen bestimmten Mechanismus, dessen Einzelheiten im Original nachgesehen werden müssen, eine automatische An- und Abschwellung mit dem Maximum der Muskelkontraktion zusammenfällt.

Als Strom ist vielleicht der kombinierte galvano-faradische brauchbar, weit besser dagegen ein galvanischer Strom (Stephan Leduc), der etwa 40mal in der Sekunde unterbrochen wird. Dreifach wirkt der Myomotor auf die Muskulatur, 1. rein mechanisch, 2. innervationsfördernd, 3. gelenkbewegend, wobei B. nochmals betont, daß die Hauptwirkung die rein mechanische sei, die darin gegeben ist, daß jede Kontraktion den Muskel auspumpt, seine Stoffwechselprodukte in die Zirkulationsbahn hineinpreßt und schädliche Stoffe chemischer oder bakterieller Natur fortspült. Wenn auch der Apparat der Massage sehr ähnlich ist, so unterscheidet er sich doch von ihr dadurch, daß er rein lokal wirkt, während die Massage die Zirkulation eines großen Bezirkes beeinflußt. Deshalb empfiehlt B. die Massage, den Myomotor und gymnastische Übungen im Anschluß gemeinsam therapeutisch anzuwenden, indem zunächst durch die Massage die Gesamtzirkulation angeregt, dann durch den Myomotor der Stoffwechsel bestimmter Muskeln beschleunigt und die vorhandene Muskelkraft durch entsprechende Übung ausgenutzt wird. Als mittlere Stromstärke für Leducschen Schwellungsstrom nimmt B. etwa 20—25 M. A., die am Bein häufig auf 30, 35 oder 40 M. A. gesteigert werden können, ohne daß schädliche Wirkungen dadurch hervorgerufen werden. *Creite.*

Maier, G., Über eine Modifikation des Fischerschen Apparates zur Sondenernährung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Orig. **14,** S. 273—275. 1913.

Die seither geübte Sondenernährung hat den Nachteil, daß alle Speisen — da zu ihrer Einführung nur das natürliche, in der Sonde bestehende Gefälle benutzt wurde — in stark verdünntem Zustande eingeführt werden mußten. Um die dadurch entstehende, zu Unzuträglichkeiten führende starke Überlastung des Magens mit Flüssigkeit zu vermeiden, hat Fischer eine Spritze konstruiert, die bei genügender Größe und Kräftigkeit auch die Einfuhr von Breien und Kompotten gestattet. Die Spritze hat einen konisch gearbeiteten Kolben, der in die ebenfalls konisch gearbeitete Basis des Pumpenstiefels paßt. Letztere wird mit einem starren Ansatzrohr mit der stark gewählten Schlundsonde verbunden. Um die Spritze bequem füllen zu können, ist der Pumpenstiefel von seiner Basis abschraubbar gearbeitet. Verf. hat nun, da es nach kurzem Gebrauch schon vorkam, daß die starre Verbindung der Pumpe mit der Sonde diese an der Befestigungsstelle durchscheuerte und Defekte setzte, zwischen Pumpe und Sonde einen weichen Gummischlauch von ca. 25 cm eingeschaltet, der seinerseits wieder durch ein kurzes Glasrohr mit der Sonde verbunden ist. Durch die Einführung dieses „nichtstarren Systems“, wie es Verf. nennt, sind die erwähnten Mißstände beseitigt. Der Apparat kostet 45 M. und ist bei Kirchner & Wilhelm in Stuttgart, Heusteigstraße, zu haben. *Neumann* (Heidelberg).

Schall, M., Technische Neuheiten auf dem Gebiete der Medizin, öffentlichen Gesundheitspflege und Krankenpflege. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 121—122. 1913.

D. R. P. Nr. 251 248 (Firma Hermann Jerosch, Freiburg) betrifft die Verwendung der bekannten Pflanzenschleimhäute der Konophallusarten, welche durch Quellung der gepulverten Rohsubstanz unter Zusatz von Ätzkalilösungen und Ausgießen auf Platten und Trocknen in jeder beliebigen Größe gewonnen werden können, für medizinische und hygienische Zwecke. Sie lassen sich gut zu Verbandzwecken benutzen, und können hier zweckmäßig den Gipsverband ersetzen, da sie, in angefeuchtetem Zustand weich aufgelegt, sich dem Körper gut anlegen, und dann erhärtet einen festen elastischen Verband bilden, durch den man dann noch, da er durchsichtig, das verletzte Glied gut beobachten kann. Auch als Verpackungsmaterial für sterile Stoffe und Instrumente sind sie geeignet. *Neumann* (Heidelberg).

Frank, Gipsschienenverband für Kopf und Hals. Militärarzt **47,** S. 24. 1913.

Verf. legte bei einer Schädelbasisfraktur zu Transportzwecken eine Gipsschiene an, die, an der Stirn beginnend, über den Kopf und den Hals bis zur Mitte des Rückens zog. Die Ränder waren außerdem an der Seite etwas herumgebogen und gewährleisteten so eine feste Lagerung des Kopfes. Der Verletzte hielt den langen Transport — 5 Stunden Wagen, 1 Stunde Bahn — sehr gut aus. *Neumann* (Heidelberg).

Frank, Kriegschirurgische Improvisation zum Gipsschienenverband. Militärarzt **47,** S. 24—25. 1913.

Dieselbe besteht aus zwei Paar X-artig miteinander verbundenen, je 50 cm langen Holzstäben. Je zwei werden miteinander gekreuzt zu beiden Seiten des Kopfes so angelegt, daß die unteren Äste auf der Schulter reiten. Gipsbindentouren fxieren dann die Stäbe sowohl am Kopf, wie auf Schulter und Thorax. Kauen, ist, da die Mandibula nicht als Stützpunkt benutzt wird, nicht gestört. Der Verband eignet sich für Verletzungen des Schädels und solcher der oberen Wirbelsäule gleich gut. *Neumann* (Heidelberg).

Frank, Eine nach Art der Schedeschen Armschiene konstruierte Hirtenstab-Gipsschiene für isolierte Malleolenfractur. Militärarzt **47,** S. 25. 1913.

Die Schiene besteht aus einem der Innenseite oder Außenseite des Unterschenkels angelegten langen Schenkel, dem ein hirtenstabartig gebogener kurzer Schenkel angegliedert ist, der, um die Fußsohle herumliegend, sich bis zum äußeren oder inneren Malleolus erstreckt und so den Fuß fixiert. Durch entsprechende Biegung läßt sich leicht die jeweils erforderliche Pro- oder Supination erzielen. Die Schiene ist leicht abnehmbar und gestattet, da sie die Bruchstelle frei läßt, Röntgenaufnahmen bei angelegter Schiene. *Neumann* (Heidelberg).

Möhring, P., Zur Technik des Klumpfußverbandes. Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31,** S. 67—68. 1913.

Nach beendetem Redressement zieht Möhring über Fuß und Unterschenkel einen genügend langen Trikotschlauch und benutzt das überstehende untere Ende als Zügel zur Erhaltung der Redressionsstellung. Darüber wird unbehindert die Wattepolsterung und der Gipsverband angelegt, in den nach der Erhärtung die zurückgeschlagenen Ränder des Trikots einbezogen werden. *Duncker* (Cöln a. Rh.).

Mosenthal, A., Fixation von Oberschenkel und Hüfte im Kniependelapparat. *(Orthop. Anst. von Dr. A. Rosenthal.)* Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31,** S. 14—16. 1913.

Wenn man ein fibrös versteiftes Kniegelenk durch Pendeln beweglicher machen will, so gehört dazu bei einem guten Apparat in erster Linie die absolute Fixation des Oberschenkels bzw. der Hüfte, um weiter zu kommen. Nach Ansicht des Verf. ist an den bisher üblichen Apparaten durch die jetzt üblichen fixierenden Gurte, Klammern usw. bei der fleischigen Beschaffenheit des Oberschenkels ein exaktes Festhalten des Oberschenkels nicht möglich. Um diesem Übel abzuhelfen, hat er an dem sonst sehr brauchbaren Kniependelapparat aus dem „Medizinischen Warenhaus Berlin" einige Veränderungen anbringen lassen, die nach seiner Meinung die absolute Fixation des Oberschenkels und des Beckens gewährleisten. *Bibergeil* (Berlin).

Radiologie:

Weil, E. Albert-, La physiothérapie en 1913. (Der heutige Stand der physikalischen Therapie.) Paris méd. S. 101—110. 1913.

Mit der Verbesserung der Methoden der Röntgentherapie sind die Erfolge gewachsen, über die wie folgt berichtet wird. Alle Drüsen werden verkleinert oder vermindern ihre Sekretion, so auch der Thymus. Der Thymus ist entsprechend seiner großen Empfindlichkeit der Behandlung sehr zugänglich. Bei Hypertrophie lassen sich prompte und sichere Erfolge erzielen mit einmaligen hohen Dosen von 16 H bei 4 mm Aluminiumfilter oder durch wiederholte kleinere Dosen bei 1 mm Filter. Die Hypersekretion der Schilddrüse wird aufgehoben, wie die schönen Erfolge bei Basedow beweisen, ohne daß ein wesentlicher Schwund des Gewebes einzutreten braucht, allerdings sind zwei Fälle von völligem Schwund mit folgendem Myxödem bekannt. Die Behandlung des gewöhnlichen Kropfes ist weniger erfolgreich. Die Bestrahlung der Nebennieren soll Herabsetzung des krankhaft erhöhten Blutdruckes bewirkt haben. Die Hautkrankheiten bieten reichlich Gelegenheit für die Anwendung der Röntgenstrahlen. Entgegen anderer Ansicht empfiehlt es sich auch die Hypertrichosis mit Röntgenstrahlen zu behandeln. Epitheliome werden am besten zuerst mit dem scharfen Löffel bearbeitet und dann mit hohen Dosen harter Strahlen behandelt. Bei ganz oberflächlichen Herden wie Naevi ist der Lindemannsche Tubus von Vorteil, der nur weiche Strahlen durchläßt. Maligne Tumoren überhaupt sind sicher in vielen Fällen radikal geheilt worden. Die Bestrahlung muß angewandt werden bei allen inoperabelen Fällen. Mit großem Erfolge ist die Vorlagerung solcher Tumoren aus der Bauchhöhle ausgeführt worden, um den Tumor ohne Rücksicht auf die Haut bestrahlen zu können. Vielfach geübt wird die prophylaktische Bestrahlung zum Beispiel nach Amputation der carcinomatösen Mamma. Große Fortschritte sind bei der Behandlung der Myome und Metropathien gemacht worden, wenn sich auch noch nicht entscheiden läßt, welche Methode den Sieg davontragen wird, die langdauernde Behandlung mit kleinen Dosen oder die Intensivbestrahlung nach Gauss. Bedeutende Fortschritte sind auch bei der Behandlung der Knochentuberkulosen zu verzeichnen, naturgemäß hat man die besten Erfolge bei den nicht durch große Weichteilmassen verdeckten Knochen und

Gelenken. Häufig ist eine Vereinigung mit chirurgischen Maßnahmen von Vorteil. So wenig Zweck es hat bei Neuralgien die Endausbreitungen der Nerven zu bestrahlen, so günstige Erfolge erzielt man, wenn es gelingt, die Wurzeln und Stämme da zu erreichen, wo sie von Geschwülsten oder entzündlichem Gewebe gedrückt werden. Bei den Röntgenschädigungen der Ärzte bieten besonderes Interesse die Blutveränderungen, das Schwinden der Polynucleären. — Bei der Anwendung des Mesothoriums und der Radiumsalze macht sich das Fehlen geeigneter Meßinstrumente fühlbar. Anwendungsmethoden und Erfolge sind ausführlich dargestellt in der Arbeit von Wickham und Degrais. — Die Lichttherapie bedient sich der Bogenlampe, der Quecksilberdampflampe, vor allem aber in letzter Zeit des Sonnenlichtes, das nicht nur im Gebirge und an der See große Heilkraft besitzt, sondern auch in den Hospitälern der Großstädte mit bestem Erfolge angewandt wird. — Kälte. Die Anwendung von Kohlensäureschnee beruht darauf, daß kranke Zellen der intensiven Kälte weniger widerstehen als gesunde. Sehr gute Erfolge sind erzielt worden bei Naevus, Epitheliom, Warzen, Keloiden. Der weitere Inhalt ist für den Chirurgen ohne Wert. *Denks* (Hamburg).

Wickham et Degrais, L'émanation du radium et ses applications thérapeutiques. (Die Radiumemanation und ihre therapeutische Anwendung.) Paris méd. S. 128—133. 1913.

Die Emanation wird als ein Zerfallsprodukt des Radiums definiert, das außer den Eigenschaften eines wahren Gases auch noch die besitzt, Strahlen auszusenden. Diese Eigenschaft, die Radioaktivität, kann die Emanation allen Körpern, die sie berührt, verleihen. Methoden, wie die Emanation an und in den Körper gebracht wird. Die Strahlenwirkung eingeschlossener radioaktiver Substanzen wird kurz erwähnt. Erste Methode: Inhalation von Gas, es wird Luft über radioaktive Körper geleitet und eingeatmet. Gute Erfolge bei Gicht und Polyarthritis acuta. Zweite Methode: Es wird Wasser radioaktiv gemacht und dem Körper zugeführt als Bad, Getränk oder Injektion. Die Injektionen, bei Lupus und Lipomen, sind unschädlich, aber auch nicht recht wirksam, weil die Menge der übertragenen Emanation zu gering ist, genau wie bei den natürlichen Heilquellen, die schnell ihre Aktivität verlieren und nur an Ort und Stelle wirken. Gute Erfolge mit Einläufen von 200 ccm mit 2000 Macheeinheiten bei chronischen Unterleibsleiden. Dritte Methode: Es werden Substanzen mit eigener Emanation eingespritzt, und zwar lösliche und unlösliche. Gute Erfolge bei Lupus und Lupus erythematodes mit wasserlöslichen Salzen. Ebenfalls gute Erfolge bei malignen Tumoren mit unlöslichen. In letzter Zeit werden Radiumionen auf elektrolitischem Wege in den Körper gebracht; Ionotherapie. Sehr guter Erfolg bei Sarkom. *Denks* (Hamburg).

Weil, E. Albert-, Technique des applications radiothérapiques. (Technik der therapeutischen Anwendung der Röntgenstrahlen.) Paris méd. S. XXV bis XXXI. 1913.

Weil gibt hier kurze, für den Praktiker wertvolle Angaben über die einzelnen bei therapeutischen Röntgenbestrahlungen zu beachtenden Punkte. Die beste Entfernung der Antikathode von der Haut ist bei Oberflächenbestrahlung 15 cm, bei Tiefenbestrahlung 30 cm. Der große Durchmesser des größten auf einmal zu bestrahlenden Hautgebietes ist kleiner, als die Hälfte der Entfernung der Antikathode von der Haut. Bei beabsichtigter Wirkung auf die Haut benutze man weiche Röhren, je tiefer man eindringen will, desto härter müssen die Röhren sein. Der am meisten gebrauchte Aluminiumfilter von 4 mm Stärke ist imstande, alle die Haut schädigenden Strahlen abzuhalten. Die einmalige Maximaldosis ist nach Härtegrad der Röhre und Filter wechselnd, 5 H. werden niemals der Haut schaden, entsprechend ist auch die Dauer der Einzelbestrahlung nicht genau anzugeben. Nach Verabreichung einer Maximaldosis soll man 3 Wochen bis zu erneuter Bestrahlung warten: in den entsprechenden Abständen kann man dieselbe 7—8 mal geben. Von Vorkehrungen zum Schutze der Haut bei verstärkten Dosen für Tiefenbestrahlung werden genannt: Verschiebung der Haut über dem betreffenden Organ, Bestrahlungen aus verschiedenen Richtungen, Unempfindlichmachen der Haut durch Unterbrechung der Blutdurchströmung durch Druck oder Adrenalin, partieller Schutz durch ein Metalldrahtnetz. Zum Schluß werden noch Anweisungen gegeben über Gang der Röhren, Behandlung neuer und Verbrauch und Regulierung alter Röhren sowie der Drosselröhren (1 Abb.). *Hoffmann* (Dresden).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Walker, H. F. B., Hydatid of the submaxillary gland. (Echinokokkencyste der Glandula submaxillaris.) Brit. med. journal **2716,** S. 117. 1913.

Die Patientin, ein kleines Kaffernmädchen, zeigte einen etwas gestielten Tumor unmittelbar unter dem linken Unterkieferast. Er war seit ca. 6 Jahren da und hatte keine Symptome gemacht. Er nahm das linke Trigonum submaxillare ein und hatte normale, wenn auch dünne Haut über sich. Er war im ganzen beweglich, nicht am Knochen adhärent, fluktuierte. Sein Durchmesser betrug ca. 2½ Zoll. Die Exstirpation war wegen Adhäsionen schwierig. Es stellte sich heraus, daß die Cyste in inniger Verbindung mit der Speicheldrüse stand, und zwar unten und außen mit ihr. Bei der Entfernung wurde das Drüsengewebe verletzt. Die Cyste enthielt 79 ccm klarer Flüssigkeit, viele Skolices, Haken und einige kleine Tochtercysten. Drainage der Wunde. 3 Tage lang Speichelsekretion in die Wunde hinein. Dann Aufhören und schnelle Heilung. *Hirschmann* (Berlin).

Bar, L., Sténose nasale et adhérence linguale consécutive à une plaie par arme à feu. Guérison par intervention opératoire. (Nasenhöhlenverengerung und Zungenverwachsung infolge von Schußverletzung. Operative Heilung.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **34,** S. 5—8. 1913.

Ein Mann drückte ein mit grobem Blei geladenes Gewehr in der Richtung gegen seinen rechten Unterkiefer ab, zertrümmerte sich die obere und untere Zahnreihe, den Zungengrund, die vordere Gaumenwölbung und das vordere knöcherne Nasengerüst, heilte glatt aus, kam aber 2 Jahre später mit völlig eingesunkener und fast geschlossener Nase und angewachsener Zunge wieder. Die schweren Atem- und Sprechbeschwereden beseitigte Bar in örtlicher Schmerzbetäubung durch Entfernung der zersprengten Knochen- und Knorpelstücke aus den Nasengängen sowie durch Abschneiden der seitlichen vorderen Teile der Zunge vom Mundboden unter Schonung des Bändchens. Von einer plastischen Herstellung der Nasenform versprach sich B. keinen Dauererfolg. *Georg Schmidt* (Berlin).

Hirnhäute, Gehirn:

Bride, T. Milnes, Epileptic fits induced by the use of eserin sulphate. (Epileptische Anfälle, ausgelöst durch den Gebrauch von Eserin. sulfur.) Ophthalmoscope **11,** S. 21—22. 1913.

Eine 46jährige Glaucompatientin, deren Schwester epileptisch war, die aber selbst noch keine Anfälle gehabt hatte, vertrug 6malige tägliche Eserininstillation eine Woche lang gut. Danach schwere epileptische Anfälle mit schlechtem Allgemeinbefinden. Schon 1 Tag nach Aussetzen des Medikamentes begann die Besserung; völliges Wohlbefinden. Als Pat. 10 Tage später versehentlich wieder 1 Tropfen Eserin bekam, trat 12 Stunden später wieder ein Anfall auf. Pilocarpin wird dauernd gut vertragen. White hat festgestellt, daß Eserin epileptische Anfälle zu steigern vermag und hat es an Meerschweinchen und Hunden bewiesen. Deutsche Autoren geben die Maximaldosis von Eserin auf täglich 3 Tropfen einer 0,5proz. Lösung an, aber in Manchester wurde sonst oft 8—12mal ohne Schaden eine 1proz. Lösung eingeträufelt. *Kirsch* (Berlin).

Vorpahl, Friedrich, Über Sinusthrombose und ihre Beziehung zu Gehirn- und Piablutungen. (*Pathol. Inst., Univ. Greifswald.*) Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. **55,** S. 322—344. 1913.

Die nähere Untersuchung mehrerer hintereinander beobachteter Fälle von Gehirnsinusthrombose, für die eine lokale Ursache nicht nachzuweisen war, führte den Verf. zu dem Ergebnis, daß Gehirnblutungen, die unter dem Bilde von Capillarapoplexien und als Hämatome der Pia mater auftreten, nicht unbedingt die Folge einer gleichzeitig bestehenden Sinusthrombose sein müssen, sondern daß im Gegenteil im Anschluß an derartige Blutungen und infolge davon eine Thrombose der Piavenen sowohl wie der Sinus entstehen kann. *Konjetzny* (Kiel).

Elschnig, Nystagmus retractorius, ein cerebrales Herdsymptom. *(Dtsch. Univ.-Augenklinik, Prag.)* Med. Klinik **9,** S. 8—11. 1913.

Elschnig hatte 1910 durch Salus (Über erworbene Retraktionsbewegungen der

Augen, Arch. f. Augenheilk. 68, S. 61) eine zuvor auch schon von Körber nebenbei beobachtete Eigenartigkeit der Augenbewegungen bei Herden in der Gegend des Aquaeductus Sylvii mitteilen lassen, darin bestehend, daß bei jeder Willkürbewegung der Augen eine sehr deutliche Retraktion beider Bulbi verbunden mit Zunahme der Konvergenz eintritt.

Dasselbe Phänomen beobachtete E. wieder bei einer 21jährigen, im 8. Monat Graviden, 2 Tage vor ihrem Eintritt in die Klinik (20. VI. 12) fast erblindeten Kranken. Oft mit dem Blinzeln konform, oft davon unabhängig erfolgten leichte Augenbewegungen, die mit einer sehr deutlichen Retraktion der nicht vorstehenden Bulbi, einer gleichzeitigen leichten Konvergenz und einer geringen langsam sich wieder ausgleichenden Pupillenverengerung verbunden waren, bald am Beginne, bald am Ende der Willkürbewegungen. Als Zeichen einer intrakraniellen Erkrankung bestand daneben: hochgradige Stauungspapille (6 D hoch) mit hellgelben Maculaflecken und Visusbeschränkung auf Fingerzählen, automatische langsame mit dem Retraktionsphänomen verknüpfte Seitenbewegungen der Bulbi, hochgradiger apathischer Zustand. E. diagnostizierte, gestützt auf seine erste fast gleichartige Beobachtung von Nystagmus retractorius einen diffus auf die Kernregion der Augenmuskeln und das hintere Längsbündel, also auf die Gegend des Aquaectus Sylvii ausgeübten Druck durch Tumor, wahrscheinlich Cysticerus, mit anschließendem Verschluß-Hydrocephalus. Ein am 22. VI. von Schloffer ausgeführter Balkenstich brachte für einige Stunden vorübergehende Besserung der Apathie und des Sehvermögens (Ventrikelinhalt 80 ccm), indes trat unter zunehmender Somnolenz, Druckpuls, vollständiger Amaurose und präagonaler Temperatursteigerung am 30. VI. der Tod ein. Die Sektion ergab eine mächtige Vorwölbung des Infundibulums, chronischen inneren Hydrocephalus der Seiten- und des 3. Ventrikels, Abplattung der Hirnwindungen, alles dies auf Grund eines walnußgroßen höckrigen Tumors, welcher vom Ependym des Recessus pinealis ausgehend, in der linken hinteren Hälfte des 3. Ventrikels lag, die Zirbel, ihre Stiele und die hintere Commissur zerstört und die Mündung des Aquaeductus Sylvii zugepfropft hatte. Histologisch ergab sich ein Neuroepithelioma gliomatosum (embryonale Ependymfaserzellen mit astrocytenähnlichen Gliazellformationen).

Die von Körber als „Nystagmus retractorius" bezeichnete Retraktionsbewegung beruht demnach wohl auf einer kumulativen Innervation sämtlicher äußerer Augenmuskeln und darf mit Sicherheit auf einen diffusen Druck auf die im übrigen intakten Augenmuskelkerne, ihre Verbindungsfasern und das hintere Längsbündel, also auf ein im Eingange des Aquaeductus Sylvii gelegenes, weder vom Hirnstamm noch von den Vierhügeln ausgehendes Fremdgebilde (Tumor, Cysticercus, vielleicht auch Blutung in den 3. Ventrikel) zurückgeleitet werden. Dieser Druck setzt eine derartige Störung im Ablaufe der Innervation der Blickbewegungen, daß bei jeder gewollten Bewegung der Willensimpuls in sämtliche äußeren der Willkür unterworfenen Augenmuskeln abfließt, wobei es zufolge des Überwiegens der Recti über die Obliqui zu einer Retraktion der Bulbi kommt. *Henschen* (Zürich).

Karschulin, A., In das Gehirn eindringende Stichverletzung der linken Schläfengegend. (*Garnis.-Spit. Nr. 6, Olmütz.*) Wien. med. Wochenschr. **63**, S. 269—272. 1913.

Ein Dragoner, welcher 2 querfingerbreit über dem linken Gehörgang einen heftig geführten Messerstich in den Schädel erhalten hatte unter Aussprengung eines beweglichen Knochenstückes, zeigte als einziges Hirnsymptom zunächst nur Aphasie (Alexie, Agraphie), erst am 7. Tage Druckpuls, Steigerung der Aphasie, Unruhe, Cyanose, Benommenheit. Eine osteoplastische Aufklappung ergab, daß der Stich penetrierend gewesen war und unter der Dura aus venöser Quelle ein umschriebenes, 4 cm in die Gehirnsubstanz reichendes Hämatom hatte entstehen lassen. Die Verletzung und die Aphasie (Spontansprechen und Nachsprechen, Spontanschreiben, Diktatschreiben, Lautlesen behindert) waren nach 7 Wochen geheilt, letztere demnach auf eine diffuse Störung des Sprachzentrums durch den Hämatomdruck, nicht auf eine direkte Schädigung dieses Gehirnfeldes zurückzuleiten. *Henschen* (Zürich).

Fürbringer, P., Zur Kenntnis des Hirnabscesses als Unfallfolge. Ärztl. Sachverst.-Zeit. **19**, S. 1—10. 1913.

Fürbringer hat am Krankenhause Friedrichshain innerhalb von 17 Jahren (1886—1903) unter 158 192 Kranken (mit 26 314 Todesfällen) nur 36 Kranke ($^{1}/_{4}$‰) an Hirnabsceß behandelt. Hirnabscesse auf traumatischer Grundlage sind mit den Fortschritten in der Wundbehandlung immer seltener geworden. So sind in Guys Hospital unter 9000 Sektionen mit 56 tödlichen Hirnabscessen nur 9 traumatischen Ursprunges. Daher ist eine Kasuistik, wie die 9 Fälle von F. sie darstellen, für die

Unfallsbegutachtung von Wichtigkeit. Die Gutachten waren 8mal vom Reichsversicherungsamt, 1mal von einem Schiedsgericht eingefordert worden. In sämtlichen Fällen wurde übereinstimmend mit dem Gutachten auf Entschädigungspflicht erkannt. Nach der Verletzung war eine Latenzzeit von 9 Wochen bis zu 8 Jahren zu verzeichnen; die Symptome der Latenzzeit manchmal durch selbst jahrelange, symptomlose Intervalle unterbrochen. Als Eingangspforte der Infektion kamen in erster Linie Verletzungen des Hirnschädels (auch ohne Knochenverletzung), weiter Verletzung am Auge, des Oberkiefers, aber auch an der Brust in Betracht. Dreimal liegt ein Sektionsbefund vor. Gegenständigkeit des Hirnabscesses wird mit Contrecoup erklärt. Gleichzeitig bestehendes Ohrleiden mit Eiterung konnte wegen zu kurzen Bestandes nicht die Dickwandigkeit des Hirneiterherdes verursacht haben. Nach Rippenkontusion fand sich bei der Obduktion eines 10 Wochen nach dem Unfall unter Erscheinungen von Hirnabsceß Verstorbenen, neben dem Absceß ein nicht eitriger, chronisch entzündlicher Herd in der Lunge, welcher als Ausgangspunkt der Eiterung im Gehirn angesprochen wurde. Im 3. obduzierten Falle (2 Unfälle, Tod 6 Jahre nach dem 1., 12 Wochen nach dem 2.) wird eine Latenz nach Zahnverlust am Oberkiefer und Manifestwerden des Abscesses nach der 2. Erschütterung angenommen. Bei Fehlen eines Sektionsbefundes ist für den Begutachter von Wichtigkeit, durch einwandfreie Zeugen (beobachtende Ärzte, aber auch Laien) den Zusammenhang mit dem Unfall bejahen oder als wahrscheinlich bezeichnen zu können. Hierfür kommen die Symptome eines latenten Hirnabscesses (Kopfschmerz, Schwindel, Gemütsdepressionen, Erscheinungen von seiten des Ohres, des Auges, Klopfempfindlichkeit des Schädels usw.), bei vorher vollkommen gesunden und arbeitsfreudigen Menschen in Betracht. Häufig wird eine schwere Wesensveränderung beobachtet. Nach neuerlicher Verletzung oder ohne solche kommt es unter schweren Erscheinungen (Bewußtseinsstörungen, Krämpfen, Lähmungen, Delirien, hohem Fieber) zum tödlichen Ausgang. Ein Ausschließen anderer Erkrankungen wie Tuberkulose, Lues, primäre Gehirnerkrankungen, Krebs, Erweichungsherden auf Grund von Gefäßveränderungen, nicht eitriger Encephylitis (Stauungspapille!) ist notwendig. *Wittek* (Graz).

Auge:

Stevenson, Edgar, Foreign body, three inches long, removed from the orbit of a small boy: wound of optic nerve. (Fremdkörper, drei Zoll lang, aus der Augenhöhle eines kleinen Kindes entfernt, Verletzung des Sehnerven.) Ophthalmoscope **11,** S. 23—24. 1913.

Patient, ein 10jähriger Junge, wurde halb bewußtlos mit Fieber eingeliefert, brach wiederholt. Er war vor 1 Stunde gestürzt und mit dem Kopf auf einen Holzpfeil gefallen, den er in der Hand gehalten hatte. $^1/_3$ Zoll lange Wunde des rechten Unterlides unter dem inneren Lidwinkel, zurückgeblieben war angeblich nichts in der Wunde. Totale Ophthalmoplegie mit erhaltener Sensibilität, leichte Neuritis n. opt., keine Lichtempfindung. Bei Sondierung der Wunde stieß man auf Rauhigkeiten, die als von Periost entblößte Knochen angesehen wurden. Säuberung und Drainierung der Wunde. Das Allgemeinbefinden besserte sich schnell, dagegen blieb die Ophthalmoplegie und nach zwei Tagen fand sich komplette Opticusatrophie. Als die Wunde nach 10 Tagen noch fistelte, wurde mit einer Pinzette eingegangen und ein 3 Zoll langes Holzstück entfernt. Da die Augenhöhle eines 10jährigen nur etwa $1^2/_3$ Zoll tief ist, muß der Splitter die Fissura sphenoidalis noch durchbohrt und etwa $1^1/_2$ Zoll tief in die Schädelhöhle eingedrungen sein, also bis über die Spitze der Felsenbeinpyramide. Hieraus erklären sich die anfangs erwähnten stürmischen Cerebralerscheinungen. *Meisner* (Berlin).

Harman, N. Bishop, Lengthening a rectus tendon in squint operations. (Verlängerung einer Rectussehne bei Schieloperationen.) Ophthalmoscope **11,** S. 17—19. 1913.

Harman betont die Wichtigkeit, bei Schieloperationen die Wirkung auf beide Recti zu verteilen. Er verwirft die Tenotomie für sich allein, hält aber Tenotomie und Vorlagerung für noch schlechter, weil dann der durchschnittene Muskelansatz zu weit nach hinten rücke und man zudem nie wisse, welchem Teil der Operation der Erfolg zu verdanken sei. Er empfiehlt Sehnenverlängerung nach folgender Methode: Die Sehne wird freigelegt und es werden, so weit voneinander entfernt als möglich, von der einen Kante aus 2 Schnitte genau durch die halbe

Breite der Sehne geführt, darauf von der anderen Seite aus zwischen den beiden ein dritter Schnitt bis über die Mittellinie, bis zu etwa $^2/_3$ der Breite, je nach Größe des gewünschten Effektes. Conjunctivalnaht von oben nach unten. Todd hat eine ähnliche, aber nach Ansicht von H. noch nicht wirksame Methode angegeben. *Kirsch* (Berlin).

Mende, Roman v., Zur Technik der Elliotschen Trepanation. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. **51,** S. 56—57. 1913.

Mende führt folgende von den Autoren veröffentlichte Komplikationen auf: 1. Irisprolaps; 2. Iritis resp. Iridocyclitis mit Bildung hinterer Synechien; 3. zu periphere Trepanationsöffnung und deshalb keine Eröffnung der Vorderkammer, ev. auch Glaskörpervorfall; 4. Hineinfallen des trepanierten Skleralstückes in die Vorderkammer; 5. Anbohren des Bindehautlappens an seiner Basis durch den Trepan. Gegen 1 und 2 verwendet M. in Übereinstimmung mit anderen Autoren die Iridektomie. Die Komplikationen 3—5 glaubt er sämtlich auf den Umstand zurückführen zu müssen, daß durch den cornealwärts abpräparierten Bindehautlappen die Übersicht über das Operationsfeld erschwert wird. M. geht deshalb jetzt so vor, daß er im oberen äußeren Quadranten etwa 4 mm vom Limbus entfernt und diesem parallel einen gleichfalls 4 mm langen Schnitt durch die Conj. bulbi anlegt und vom unteren Ende aus rechtwinklig bis an den Limbus weiterführt, darauf den Lappen im cornealen Limbusteil abtrennt und nach oben schlägt. An der Stelle der Trepanation wird das Epithel entfernt, darauf die Operation selbst nach den Elliotschen Regeln ausgeführt. Über die Öffnung wird der Lappen geschlagen und durch 2 Nähte befestigt. *Kirsch* (Berlin).

Davids, Hermann, Über traumatische Linsenluxation. Zugleich ein Beitrag zur Entstehung der Sphincterrisse und der Aderhautablösung. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Augenheilk. **9,** H. 3. S. 1—32. 1913.

Die Arbeit bringt eine zusammenfassende Darstellung der bisher bekannten Tatsachen und Theorien. Erwähnenswert ist nur ein vom Verf. vorgeschlagenes Operationsverfahren zur Entfernung luxierter Linsen. Nach Anlegung eines Lanzenschnittes wird durch beide Wundlefzen eine Fadenschlinge gelegt. Darauf wird die Entbindung der Linse versucht. Bei Eintritt stärkeren Glaskörperverlustes kann durch Anziehen der Fadenschlinge die Operation sofort beendet werden. *Brückner* (Berlin).

Killick, Charles, A year's record of cataract extraction. (Ein Jahresbericht über Starextraktionen.) Ophthalmoscope **11,** S. 11—15. 1913.

Killick berichtet über 76 Starfälle, darunter 7 mit komplizierter Katarakt, welche im Jahre 1911 operiert wurden. Das Alter der Patienten betrug 40 bis über 80 Jahre. K. operiert stets mit Iridektomie (um Irisprolaps zu vermeiden) und verwirft die zweizeitige Operation mit präparatorischer Iridektomie, der er einen Einfluß auf die Reifung des Stares abspricht. Er operiert unter Umständen auch unreife Katarakten. Die Vorbereitungen bestehen in Behandlung etwaiger Conjunctival- und Tränenleiden, wobei eine Saccusexstirpation nie nötig wurde. Reinigung der Umgebung der Augen mit Wasser und Seife, dann Sublimat; Sublimatspülung des Bindehautsackes; keine Probeverbände, kein Beschneiden der Wimpern. Schneidende Instrumente werden 1 Minute, die anderen 5 Minuten gekocht. Einfache Händereinigung. K. macht Cornealschnitt mit Lappen, den Schnitt lieber zu groß als zu klein, Iridektomie von mäßiger Größe, sorgfältige Toilette der Wunde. Eventuell verzichtet er auf Lidhalter. Glaskörperverlust trat 3 mal ein, dadurch wurde 1 Auge verloren; ein anderes ging durch Iritis zugrunde. Von 19 Patienten mit Nachstar wurden 10 später diszindiert. Die obenerwähnten 7 komplizierten Fälle litten an Glaukom, Iris bombé, Netzhautablösung, Pupillarverschluß. 2 hatten von der Extraktion erheblichen, 2 andere einigen Nutzen. *Kirsch* (Berlin).

Nase:

Onodi, Ladislaus, Über einige chirurgisch wichtige Formverhältnisse der Stirnhöhle, über den Recessus cristae galli, Torus olfactorius und Recessus paracribrosus. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. **27,** S. 126—136. 1913.

Die von Bönighaus zuerst als gefährliches Stirnbein beschriebene Anomalie des Sinus frontalis — Vorbauchung des vorderen Teiles der Riechgrube in die Stirnhöhlen — fand Onodi 5 mal bei median stehendem Septum interfrontale, 12 mal in Fällen, bei denen das Septum eine Abweichung von der Mittellinie zeigte. Es hängt das Vorkommen des Torus olfactorius, wie Verf. diese Anomalie bezeichnet, aber nicht unbedingt mit der anormalen Lage des

Septum zusammen, da auch Stirnhöhlen mit extramedianer Scheidewand ohne Torus olfactorius gefunden wurden. 7 mal fand O. eine Ausbuchtung der Stirnhöhle in die Crista galli und schlägt für diese Varietät die Bezeichnung Recessus cristae galli vor. An 8 Präparaten wurden Ausbuchtungen der Stirnhöhlen gegen die Lamina cribrosa gefunden, die Verf. als Recessus paracribrosi bezeichnet.

Hinweis auf die Wichtigkeit dieser Formverhältnisse für die interkraniellen Komplikationen bei Stirnhöhleneiterungen, Warnung vor operativen Verletzungen dieser oft papierdünnen Wandpartien der Stirnhöhlen bei Radikaloperationen. *Kahler.*

Gutzmann, Hermann, Untersuchungen über das Wesen der Nasalität. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. **27,** S. 59—125. 1913.

Klinisch können drei Hauptformen der Nasalität unterschieden werden: die Rhinolalia aperta, clausa und mixta, ihre Unterscheidung ist behufs der Indikationsstellung vor Operationen in Nase und Nasenrachenraum sehr nötig, da z. B. die Entfernung der vergrößerten Rachenmandel bei Rhinolalia aperta eine erheblich schlechtere Funktion zur Folge haben wird. Von chirurgischem Interesse sind die Ausführungen über Obturatoren bei angeborener Gaumenspalte. Gutzmann warnt davor, zu große Obturatoren zu verwenden. Die Prothese darf die noch vorhandene Schlußmuskulatur des Nasenrachenraumes nicht behindern, diese soll durch Übungen zu größerer Aktion angeregt werden. Die durch Verwendung von phonographischen Glyphen gewonnenen klanganalytischen Ergebnisse müssen im Original nachgelesen werden. *Kahler.*

Labouré, Tumeurs malignes du vomer. Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **34,** S. 1—4. 1913.

Die nasalen und naso-pharyngealen Tumoren sind sehr oft gutartig. Unter letzteren sind bei Kindern adenoide Geschwülste, bei Erwachsenen Fibrome häufig. Sarkome und Epitheliome finden sich in jedem Alter. Sie entwickeln sich hauptsächlich an der Nasenscheidewand, mitunter im Ethmoideum. Wird der Knochen durch die Geschwulst zerstört, so bildet sich ein medianer Tumor, der beide Nasenhöhlen teilweise oder gänzlich obstruiert. Die Symptome solcher Tumoren sind: in das Gesicht und die Stirn ausstrahlende Schmerzen, Schnupfen, Schwerhörigkeit, und vor allem Verstopfung der Nase mit ihren Folgen für den Stimme. Eitriger oder seröser Ausfluß aus der Nase ist die Regel, besonders wenn der Tumor ulceriert ist. Differentialdiagnostisch kann ein Septumabsceß in Frage kommen. Die therapeutischen Aussichten sind im allgemeinen gute, da die Kranken fast immer in einem Zustand zum Arzt kommen, in dem noch ein radikaler chirurgischer Eingriff möglich ist. Die bösartigen Geschwülste werden auf natürlichem Wege oder durch einen künstlich geschaffenen Zugang entfernt. Der letztere ist fast immer zu empfehlen. Es kommt hierbei in Frage: Die Rhinotomia anterior, die totale Mobilisation der Nase, der laterale nasale Weg nach Moure, die Resektion des harten Gaumens, entweder ganz oder nach dem Vorgehen von Ch. Mayo nur seines vorderen Abschnittes. Es wird hierbei nur der Knochen entfernt, die Blutung hierbei ist stark. *Konjetzny* (Kiel).

Caldera, Ciro, Ein Vorschlag zur Abänderung der Technik der submukösen Paraffininjektionen bei der Ozaenatherapie. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. **27,** S. 180 bis 183. 1913.

Verf. verwendet Paraffin von 52—55° Schmelzpunkt, das er durch Beimengung von Äthyläther im Verhältnis von 10% weicher macht. Durch die teigartige Konsistenz dieses Präparates werden die bei Verwendung des reinen Hartparaffin unvermeidlichen Risse der Schleimhaut vermieden. Die Sterilität der Injektionsmasse wird durch den Gebrauch des Hartparaffin gewährleistet. Experimentelle Untersuchungen ergaben, daß durch Verdunstung des Äthers das Paraffin schon einige Tage nach der Injektion ins Gewebe seine ursprüngliche Härte wieder annimmt. *Kahler* (Freiburg i. B.).

Mund:

Helbing, Carl, Die Technik der Uranostaphyloplastik. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. **5,** S. 85—132. 1913.

Nach historischer Übersicht über die verschiedenen Methoden der Gaumenspalt-

operation bespricht Helbing eingehend die Lanesche und Brophyische Methode, deren technische Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen. Kommt für diese Operationen überhaupt nur das Säuglingsalter in Betracht, so steht Verf. auf Grund der glänzenden Resultate von J. Wolff und seiner eigenen Erfahrungen (23 Fälle unter einem Jahr ohne Todesfall mit 15 Erfolgen durch eine Operation, zwei mit einer Nachoperation) auf dem Standpunkte, daß auch die Langenbeck-sche Operation im Säuglingsalter ausgeführt werden soll. Die Vorteile der frühzeitigen Operation sind die bedeutend leichtere Ablösung des Involucrum palati duri vom Oberkiefer, die oft das Leben des Säuglings rettende frühzeitige Herstellung eines geschlossenen Gaumens, die besseren funktionellen Erfolge (normale Sprache auch ohne Sprachunterricht, Entwicklung der sonst atrophierenden Gaumenmuskel) und endlich kräftigere Entwicklung des ganzen Oberkiefers und seiner Artikulation mit dem Unterkiefer. Auch für ein zweizeitiges Vorgehen, wie dies von J. Wolff empfohlen, mit einem Intervall von 3—5 Tagen tritt Verf., besonders bei Kindern, ein. Die Vorteile liegen in der geringeren Gefährlichkeit für die kleinen Patienten, in der Erholung der abgelösten Lappen, die unmittelbar nach der Ablösung in ihrer Ernährung schwer geschädigt sind, ihrer erhöhten Succulenz und Zunahme an Dicke während der Ruhetage, in der geringen Blutung bei dem zweiten Akte der Operation, was ein exakteres Nähen gestattet, in dem geringen Klaffen der Seitenschnitte und dadurch verringerten Gefahr der Persistenz von Seitenfisteln. Chloroformnarkose, durch einen in ein Nasenloch geführten und bis zum Kehlkopfeingang vorgeschobenen, möglichst dicken Nélatonkatheter. Auch der Junkersche Apparat kann gebraucht werden, während die Kuhnsche perorale Tubage zu viel Platz wegnimmt.

Die Technik des 1. Aktes der Operation, der Ablösung, wie sie Helbing ausübt, unterscheidet sich dadurch, daß er prinzipiell auf die Abmeißelung des Processus pterygoideus verzichtet. Er läßt den nach hinten über den Alveolarfortsatz hinaus geführten Schnitt leicht bogenförmig nach innen konvex in der Wangenschleimhaut endigen, ohne dabei die Gaumenmuskel zu verletzen und erhält auf diese Weise, indem er die Incision auf das orale Schleimhautblatt des Velums beschränkt, eine ausgezeichnete Mobilisierung desselben, insbesondere der Übergangsstelle des harten und weichen Gaumens. Eine besondere Rücksichtnahme auf die Arteria palatina hält er nicht für nötig. Die Hauptsache ist, daß die Ablösung so gründlich erfolgt, daß die beiden Schleimhautlappen mit ihrer Breitseite aufeinander gelegt werden können. Die Naht, welche am 5. Tage, nach Anfrischung der Spaltränder in schräger Richtung zur Erhaltung recht breiter Wundflächen, vorgenommen wird, beginnt Helbing an der Spitze der Uvula. Als Nahtmaterial werden Turnerseide Nr. 0 und 1 am Velum, 1 und 2 am harten Gaumen und auf Empfehlung von Brophy sterilisierte Pferdehaare (van Horn & Sawtell, London), ferner zur Stütze Silber (2—4 Nähte) benutzt. An Stelle des Langenbeckschen Stirnbandes benutzt er einen Metallstreifen, der an dem Whiteheadschen Speculum befestigt wird, mit Klammern für die ungeknüpften Fäden. Die Stütznähte werden erst dann zusammengedreht, nachdem alle Knopfnähte geknüpft und auch die nasale Fläche des Velums in einer Ausdehnung von $1^1/_2$ cm mit 2—3 nur die nasale Schleimhaut fassenden Nähten genäht ist. Die angegebenen Modifikationen der Naht hält Helbing nicht für praktisch. Im besonderen warnt er vor der Einführung von Schienen oder Bändchen in die Seitenschnitte wegen der Gefahr der Seitenfisteln. Die Entfernung der Seidenknopfnähte erfolgt am 8. Tag, die der Pferdehaarsuturen am 9. und die der Silberdrahtnähte am 10. Tag. Säuglinge werden mit dem Löffel ernährt mit der ihnen gewohnten Nahrung, ältere Kinder erhalten 9 Stunden gar nichts, 24 Stunden kalten Tee, vom 3. Tage an Tee mit Milch und dann bis zum Ende der 3. Woche flüssige und breiige Kost. Zweckmäßig ist ferner zur Nachbehandlung Massage des weichen Gaumens, mit der man schon 4 Wochen nach der Operation beginnen kann. Die durch Durchschneiden von Knopfnähten entstehenden Fisteln, deren häufigster Sitz der Übergang zwischen hartem und weichem Gaumen ist, werden am besten, falls ihre Spontanheilung (bis Kirschkerngröße) nicht zu erwarten ist, nach 6 Wochen geschlossen, indem man, wie bei der Hauptoperation von Seitenschnitten die Ablösung macht und nach 4 Tagen die Naht anschließt. Bei Medianfisteln im harten Gaumen kann man Spontanheilung abwarten Bei im weichen Gaumen sitzenden Fisteln kann man der Retraktion des Velums durch kleine plastische Eingriffe entgegenwirken. Kommt es nach Mißerfolg zur Schrumpfung des weichen Gaumens, kann man aus den Arcus palato-pharyngei ein neues Velum bilden durch stumpfes Loslösen derselben von seitlichen Wangenschnitten aus und starke Mobilisation nach der Mittellinie. Zur Prophylaxe von Seitenfisteln empfiehlt H. bei abnorm breiten Gaumenspalten oder in bei der ersten Operation vollkommen mißglückten Fällen eine temporäre Verschmälerung

der beiden Oberkieferhälften in frontaler Richtung auf unblutigem Wege mit Hilfe von bei der Orthodontie üblichen Maßnahmen nach Prof. Schröder (bereits vorher von Sébileau empfohlen). In einem anderen Falle ist er mit Erfolg blutig vorgegangen, indem er von der buccalen Schleimhautumschlagsfalte aus in der Höhe des zweiten Prämolars den Processus zygomaticus ossis maxillaris submukös durchmeißelte, mit einem Drillbohrer möglichst hoch an den Processus alveolaris beider Oberkiefer von der buccalen Seite aus in frontaler Richtung zwei Löcher bohrte und durch über Bleiplatten geführte Silberdrähte die Kiefer einander näherte. Seitenfisteln empfiehlt er durch einen auf den Defekt verschobenen Brückenlappen zum Schlusse zu bringen. Die von Brophy für ältere Kinder empfohlene völlige Vermeidung der Seitenincisionen und Ablösung der Lappen vom Spaltrande her ist nach H. nur bei schmalen und mittelbreiten Spalten möglich und technisch schwieriger. Von anderen Modifikationen werden Plastiken aus dem Vomer nach Sébileau, v. Eiselsberg (geeignet für bestimmte Fälle und bereits mit Mißerfolg operierte) und eine Verbindung der Langenbeckschen Methode mit der von Lane, von Moszkowicz erwähnt.

H. hat 117 Gaumenspaltoperationen mit einem Todesfall, 82 durch eine einmalige Operation, 11 mit Nachoperation geheilte, 15, bei denen noch Fisteln bestehen, die durch eine Nachoperation geheilt werden können, und acht völlig mißlungene Fälle operiert. *Stettiner* (Berlin).

Wirbelsäule:

Wood-Jones, Frederic, The ideal lesion produced by judicial hanging. (Die ideale Verletzung bei Hinrichtungen durch den Strang.) Lancet **184,** S. 53. 1913.

Wird der Knoten der Schlinge beim Erhängen seitlich, subaural, angelegt, so entsteht eine schräg diametral verlaufende Schädelbasisfraktur. Der Tod tritt hierbei durch Ersticken ein; ebenso bei der suboccipitalen Methode. Liegt dagegen der Knoten submental, d. i. ein wenig links vom Kinn, so kommt es durch den heftigen Ruck, der den Kopf des Mannes nach hinten wirft, zu einer Fraktur des 2. Halswirbels. Der hintere Bogen dieses Wirbels bricht quer durch und bleibt mit dem 3. Halswirbel in Zusammenhang, während der Atlas, der Proc. odontoides und der vordere Bogen des 2. Halswirbels am Schädel bleiben. Der Tod tritt augenblicklich ein, da das oberste Halsmark quer durchtrennt wird. Für Hinrichtungen durch den Strang ist diese Methode zu befürworten. *Kindl* (Prag).

Kauffmann, Franz, Zur Kasuistik der kongenitalen Skoliose. Bericht über drei neue Fälle von angeborener seitlicher Rückgratsverkrümmung. *(Chirurg. Univ.-Klinik, Greifswald.)* Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31,** S. 81—108. 1913.

Verf. bringt 3 Fälle angeborener Skoliose der Wirbelsäule, die in allen 3 Fällen auf endogene, embryonale Störungen zurückgeführt werden konnten. Im 1. Fall ist das Charakteristische: Halswirbelbildung in Verbindung mit Rippendefekten, im 2. Fall ebenfalls ein Halswirbel aber mit an ihm ansetzender Halsrippe, im 3. Fall 2 Halsrippen in Verbindung mit Pectoralisdefekt und überzähligem Daumen. Es handelt sich also um numerische und morphologische Wirbel- und Rippenvariationen in Verbindung mit Mißbildungen und Defekten. — Im Anschluß an seine Fälle werden die Theorien über die Entstehung der kongenitalen Skoliose vom Verf. ausführlich wiedergegeben, die Böhmsche Hypothese der „numerischen Variation" der Wirbelsäule, der Putti die präzisere Ausdrucksweise der „Anomalie der regionären Differenzierung" für eine Anzahl von Fällen entgegenstellt. Auch die Rosenbergsche Theorie von dem fortschreitenden Umwandlungsprozeß der Wirbelsäule und deren verschiedentliche Widerlegung wird eingehend gewürdigt. Verf. stellt sich mit Putti auf den Standpunkt, daß reine numerische Wirbelvariationen allein zur Entstehung der kongenitalen Skoliose nicht ausreichen können, daß dagegen die morphologische Variation zu den mannigfachsten Bildern führen kann. Bezüglich der Mißbildungen, die in Verbindung mit der kongenitalen Skoliose gefunden, glaubt Verf., daß abnorme intrauterine Druckverhältnisse nicht völlig bestritten werden können, daß aber abnorme Keimbeschaffenheit wohl das Vorherrschende ist. *Baisch* (Heidelberg).

Kelley, Samuel W., Osteoplasty in Pott's disease. (Osteoplastik bei Pottscher Krankheit.) Americ. journal of clin. med. **20,** S. 32. 1913.

Auf dem letzten amerikanischen Chirurgenkongreß führte Hibbs eine Operation vor, die er schon nahezu 100 mal zur Ruhigstellung bei Wirbelcaries angewendet hat.

Schnitt über die Dornfortsätze der erkrankten Wirbel einschl. des nächst höheren und tieferen gesunden. Ablösung des Periostes und der Weichteile vom Dorn und Bogen bis zum Querfortsatz. Durchmeißeln der oberen Hälfte jedes Dornfortsatzes und Durchbrechen des Restes, so daß der Proc. spin. nach abwärts bis zum nächsten Wirbel gebogen werden kann. Vom unteren Rande jedes Bogens wird dann eine schmale Spange abgemeißelt, die abwärts zum nächsten Bogen geschlagen wird. Über diese Knochenwundflächen wird das Periost und die Weichteile vernäht. 10 Wochen Bettruhe, 5—6 Monate fester Verband. *Brüning* (Gießen).

Hals.

Allgemeines:

Todd, T. Wingate, The arterial lesion in cases of „cervical" rib. (Die Arterienläsion in Fällen von „Halsrippe".) Journal of anat. a. physiol. S. 250—253. 1913.

Die Arteria subclavia ist mechanischen Schädigungen durch die erste Rippe oder durch eine Halsrippe weniger ausgesetzt als die hier verlaufenden Nerven für den Arm. Die Gefäßsymptome bei Patienten mit Halsrippe sind trophischer Art infolge Lähmung der sympathischen, die Gefäße versorgenden Nervenfasern. Haut, Muskeln und Gefäße werden vom gleichen Nerven versorgt, deshalb treten trophische Störungen sowohl an den betr. Gefäßen als auch an Muskeln und Haut auf. Verf. untersuchte die Arteria radialis in einem Falle von Halsrippe. Die Adventitia war unverändert, die Media verdickt, die elastische Membran stellenweise verdoppelt. Das Endothel zeigte Wucherungen. Das Lumen war teilweise durch Bindegewebsentwicklung (Organisation von Thromben) obliteriert. Die Begleitvene ließ Hypertrophie der Muscularis erkennen wie die Arterie. *Freisz* (Zürich).

Brown, James Spencer, Conservative treatment of tuberculous glands of the neck, based upon their pathology. (Konservative Behandlung tuberkulöser Nackendrüsen auf Grund ihrer Pathologie. Med. record **83,** S. 12—15. 1913.

Browns Beobachtungen bestätigen im allgemeinen unsere allbekannten Anschauungen über Eintrittspforten und Verbreitungsbahnen des Tuberkelbazillus, über die der Infektion folgenden Reaktionen, Tuberkelbildung, Verkäsung usw. Betont wird, daß die Drüsentuberkulose keine lokale, sondern eine System- oder Allgemeinerkrankung ist, deshalb ist eine wirkliche Radikaloperation auch nicht möglich. Glücklicherweise ist eine solche zumeist auch nicht nötig dank der Schutz- und Abwehrkräfte des menschlichen Organismus. Diese durch Lokal- und Allgemeinbehandlung — Biersche Stauung, reichliche Ernährung, Freiluftkuren — möglichst zu fördern, ist Hauptaufgabe der Therapie, sei es, daß gleichzeitig operativ vorzugehen ist oder nicht. Käseherde eröffnet Verf. mit kleiner Incision, entfernt mit stumpfem Löffel vorsichtig die käsigen Massen, injiziert 2—4% Formalin-Glycerin und verschließt die Wunde. Zweckmäßig wird mit dieser Behandlung die Anwendung der Hefeenzyme kombiniert. Auch bei kalten Abscessen Erwachsener mit Neigung zum Weiterkriechen auf Fascien und in Muskelinterstitien gibt diese Behandlung gute Erfolge. Große, zahlreiche und tiefliegende Drüsen sind operativ zu entfernen: große Schnitte, streng anatomisches Arbeiten mit Freilegung der Vene und der Nervenstämme, möglichst gründliche Entfernung aller erkrankten Drüsen samt der Fascie, der sie aufliegen. Im übrigen ist darauf Rücksicht zu nehmen, daß Drüsen, welche ja Schutzorgane des Körpers darstellen, nicht nutzlos geopfert werden. *Harraß* (Bad Dürrheim).

De Carli, Deodato, Diagnosis, prognosis and treatment of cervical abscesses of aural origin. (Diagnose, Prognose und Behandlung der Halsabscesse mit Ausgang vom Ohr.) Journal of laryngol., rhinol. a. otol. 28, S. 28—32. 1913.

Schwierigkeiten ergeben sich, wenn die Symptome von seiten des Ohrs bereits vorüber sind und nun sich Komplikationen von seiten des Halses und Nackens einstellen. Es gibt da verschiedene Lokalisationen: oberflächliche Lymphadenitis, Entzündung des periglandulären Gewebes, eitrige Thrombose der Jugularis, perivasculare Abscesse. Ein sicherer Zusammenhang ist nur zu diagnostizieren, wenn bei Druck auf die erkrankte Stelle am Hals oder Nacken Eiter aus dem Ohr oder aus einer Fistel

am Processus mastoideus quillt. Der Allgemeinzustand ist immer schwer. Oberflächlich gelegene Nackenabscesse bieten der Diagnose keine Schwierigkeiten, wohl aber die tiefen. Der Name „Bezolds Mastoiditis" faßt diese verschiedenartigen Erkrankungen zusammen. Charakteristisch ist die Schwellung der oberen Insertion des Sternocleido im Verlauf einer Warzenfortsatzkomplikation der Otitis, ihre Tendenz, sich nach unten und hinten auszubreiten, und die Beschränkung der Kopfbewegungen. Retro- und seitliche pharyngeale Abscesse, die vom Ohr ausgehen, zeigen Dyspnöe und Dysphagie, außerdem Masinis Symptom, das in lanzinierenden Schmerzen besteht, die vom Ohr den Pharynx und Larynx entlang ausstrahlen und schmerzhafte Hustenspasmen hervorrufen. Endlich gibt es noch die von Goris beschriebenen Abscesse zwischen den Wirbeln und dem M. digastricus, die von Trismus, Dysphagie und neuralgischen Schmerzen am Unterkiefer begleitet sind. Die Prognose sollte immer mit Reserve gestellt werden, besonders, wenn eine tiefere Lokalisation vorhanden ist. Eine sehr bedenkliche Prognose gibt die Thrombose des lateralen Sinus und die perisinuösen Abscesse, weil sie, sich selbst überlassen, sich gegen das Mediastinum hin ausbreiten können. Die lateralen und retropharyngealen Abscesse können Glottisödem hervorrufen oder, wenn sie in die Respirationswege brechen, septische Pneumonie.

Die Behandlung dieser Abscesse hat erst die Ohrerkrankung zu beseitigen: Die äußere Wand des Processus mastoideus muß entfernt oder die Radikaloperation ausgeführt werden. Vielfach ist auch das Antrum tympani die Quelle der Komplikation. Bei Drüsenphlegmonen breite und frühzeitige Incisionen, bei eitriger Erkrankung des Sinus oder der Jugularis sollen die Gefäße erst nach vorheriger Ausführung der Radikaloperation eröffnet und nach Herauslassung des Eiters doppelt unterbunden werden. Manchmal setzen sich die septischen Erkrankungen in die Nachbarschaft des Bulbus der V. jugularis fort, der dann direkt angegriffen werden muß. Es folgt die Beschreibung des Weges zum Bulbus. Bei den lateralen pharyngealen Abscessen, die in Ausbreitung eines Prozesses am Nacken oder im Antrum tympani auf dem Weg durch die Tube entstanden sind, muß man im ersten Fall den natürlichen Weg der Eröffnung wegen der Rezidivgefahr vermeiden, sondern von außen hinter dem Warzenfortsatz einschneiden. Nimmt der pharyngeale Absceß seinen Ausgang von der Tube, so drainiert man die Tube und macht eine Incision durch die Mucosa in den Absceß. Ebenso geht man bei den retropharyngealen Abscessen vor. Bei den übrigen Varietäten kommen die allgemeinen chirurgischen Prinzipien zur Anwendung. *Hirschmann* (Berlin).

Kehlkopf und Luftröhre:

Krüger, Erich, Kleinste Larynxtumoren und ihre Behandlung. (*Charité, Berlin.*) Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol. u. Therap. d. Ohr., d. Nase u. d. Halses **6,** S. 185 bis 199. 1913.

Verf. berichtet über die zu den gutartigen Neubildungen an den Stimmlippen gehörigen sog. Sängerknötchen zunächst in ätiologischer, klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung und bespricht dann kurz die Therapie: Spontanheilungen sollen vorgekommen sein, auch Inhalationskuren zur Heilung geführt haben; als rationellere Therapie dagegen empfiehlt er chemische und thermische Ätzungen oder noch besser die instrumentelle Behandlung. Dann folgen Krankengeschichten über 9 Fälle, von denen 5 mit dem Messer, 4 mit Ätzungen behandelt wurden. Nach einer Zusammenstellung der 3 Theorien über die Entstehung der Sängerknötchen erklärt Verf. sie für Hypertrophien der normalen Stimmlippenschleimhaut. *Janßen.*

Denker, Alfred, Zur Technik und Verwendbarkeit der Intercricothyreotomie. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 12—13. 1913.

Denker hat Versuche an Leichen und Lebenden mit der von Botey 1907 angegebenen „Laryngotomie intercricothyreodienne" gemacht und gefunden, daß bei Transversalschnitt durch das Lig. conicum, direkt am oberen Rand des Ringknorpels die Gefahr der Gefäßverletzung sehr gering ist. Er ist daher dem Sagittalschnitt vorzuziehen. Der kleine, wenig Sekunden dauernde Eingriff wird überall dort empfohlen, wo Intubation und Tracheotomie schon zu zeitraubend wären, ist also gerade für den Praktiker von hohem Nutzen. Er wird am besten mit dem von D. angegebenem Spezialinstrumentarium (Abbildung) ausgeführt.

Erhältlich bei F. Baumgartel, Halle a. S., Gr. Steinstr. 17. *Schlender* (Ostrowo).

Denker, Die rasche Eröffnung des Kehlkopfs in Fällen dringendster Erstickungsgefahr. Med. Klinik 9, S. 15—16. 1913.

Schilddrüse:

Juschtschenko, A. S., Zur Physiologie der Schilddrüse: Gehalt an Phosphor, Stickstoff und Lipoiden bei thyreoidektomierten Tieren. (*Biochem. Laborat. d. Inst. f. exp. Med., St. Petersburg.*) Biochem. Zeitschr. **48**, S. 64—85. 1913.

Verf. hat nicht nur die Ausscheidung im Urin, sondern auch den Gehalt der verschiedenen Organe an Phosphor und Stickstoff bei thyreoidektomierten Tieren bestimmt. Die ersteren Bestimmungen bringen nichts Neues. In den Organen, vorzüglich Gehirn, fand er den Gesamtphosphor und organischen Phosphor vermindert, den anorganischen Phosphor vermehrt, im Blut fand er den Gesamtphosphor und organischen Phosphor vermehrt. Für den Gesamtstickstoff fand er das Umgekehrte. Zum Vergleich wurden Tiere mit Thyreoidin Merck hyperthyreoidisiert und der Gehalt der Gewebe und des Blutes an Phosphor und N ergab bei den thyreoidektomierten Tieren entgegengesetzte Befunde, ein neuer Beweis für den Gegensatz zwischen beiden Zuständen. Es wurden ferner die Lipoide bestimmt. Der Phosphorgehalt ist in den von den Lipoiden befreiten Geweben geringer als in den lipoidhaltigen. Der Phosphorgehalt lipoidfreier Organe ist ein sehr gleichmäßiger. Die Lipoidverteilung beim thyreoidektomierten Tiere ist sowohl in den Organen, als im Blute, eine andere als beim normalen Tiere. Die Lipoide im Blute hyperthyreoidisierter Tiere sind vermindert gegenüber der Norm, die Lipoidbestimmungen in den Organen ergaben hier keine eindeutigen Resultate. Es wurden ferner die einzelnen Lipoidfraktionen bestimmt. Verf. fand, daß nach Thyreoidektomie und Hyperthyreoidisation eine Änderung in der Zusammensetzung der Lipoide stattfindet, in bezug auf ihren Phosphor- und Stickstoffgehalt. Beim Hyperthyreoidismus ist das Verhältnis des Phosphor- und N-Gehaltes der Lipoide am meisten geschädigt. Endlich wurde der Puringehalt in den Organen thyreoidektomierter Tiere bestimmt. Verf. fand, daß derselbe gegenüber normalen Tieren erhöht ist, er sieht darin einen Beweis, daß die Thyreoidektomie Störungen im Biochemismus der Nucleoproteide zur Folge hat. Verf. hält endlich seine Phosphorbestimmungen in den Organen insofern für besonders interessant, als sie die Annahme zulassen, daß der labile Phosphor der Organe, je nach ihrer Funktion, an Menge wechselt, und zwar in Form von Lipoiden und lipoiden Verbindungen und daß der organische Phosphor hingegen einen stabilen Bestandteil der Zelle bildet. Zu bemerken ist, daß der Verf. in seinen Experimenten keine reine Thyreoidektomie gemacht hat, sondern nur eine partielle kombiniert mit partieller oder totaler Parathyreoidektomie. *Albert Kocher* (Bern.)

Simmonds, M., Über lymphatische Herde in der Schilddrüse. (*Allg. Krankenh., St. Georg, Hamburg.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. **211**, S. 73—89. 1913.

Verf. hat zur Klärung der Bedeutung des lymphatischen Gewebes in der Schilddrüse 160 Basedowstrumen, 65 gewöhnliche Kröpfe und 1000 normale Schilddrüsen histologisch untersucht. Er fand lymphatisches Gewebe in 75% der Basedowstrumen, in 17% der Strumen ohne Basedow, in 5% normaler Schilddrüsen. Eingehendere Berücksichtigung finden die normalen Drüsen mit lymphatischem Gewebe. Dasselbe findet sich in normalen Drüsen 5 mal häufiger bei Frauen als bei Männern; bei Neugeborenen und Säuglingen fand er niemals lymphatisches Gewebe. Erst vom 3. Dezennium an häufiger und zunehmend mit Maximum im 6. und 7. Dezennium. Bei Kröpfen dagegen fand er das Maximum im 2. Dezennium. Lymphatisches Gewebe in der normalen Schilddrüse findet sich häufig bei Anämie und bei Adipositas. Eine Erklärung hierfür kann Verf. nicht geben. Bei Status lymphaticus fand er kein lymphatisches Gewebe in der Schilddrüse. Die Beschreibung der lymphatischen Herde und ihrer Lokalisation bietet nichts Neues. Der Verf. vertritt seine früher geäußerte Hypothese, wonach die Wucherung des lymphatischen Gewebes der Schilddrüse die Folge eines Reizes ist, der verschiedenen Ursprung haben kann: allgemeine

oder lokale Störungen chemischer, entzündlicher oder mechanischer Art. Dafür spricht sein Befund von Plasmazellen in den lymphatischen Herden ohne sonstige Zeichen von Entzündung. *Albert Kocher* (Bern).

Thymus:

Matti, Hermann, Physiologie und Pathologie der Thymusdrüse. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. **10,** S. 1—145. 1913.

Die umfangreiche Abhandlung Mattis gibt unter kritischer Verwertung der neuesten Arbeiten und eigener experimenteller Forschungen eine Darstellung unserer Kenntnisse über die Funktion des Thymus unter physiologischen und pathologischen Bedingungen.

Der thorakale Hauptthymus der Säugetiere entwickelt sich aus der 3. Schlundtasche. Das sogen. Thymusmetamer 4, das der 4. Schlundtasche entstammt, findet Aufnahme in die Schilddrüse. Beim Neugeborenen ist der Thymus ein bilobäres Organ, das topographisch wichtige Beziehungen zur Trachea, zu den großen Gefäßen, zum Oesophagus, Perikard und Vagus hat. Es besteht eine reichliche Gefäßversorgung. Das Gewicht, abhängig vom Ernährungszustand, beträgt für das 11.—15. Jahr durchschnittlich 37,52 g. Bis zur Pubertät soll ein Wachstum der Drüse stattfinden. Die physiologische Involution geschieht durch Verminderung der Thymuslymphocyten und durch Zerfall der Reticulumzellen. Die Funktion des Organes bis ins hohe Alter zeigt sich aber in der neben der Involution einhergehenden Neubildung von Lymphocyten und Hassalschen Körperchen. Histogenetisch wird heute das Thymusreticulum als einheitliches Epithelialgebilde aufgefaßt, während die Thymuslymphocyten aus dem umgebenden Bindegewebe einwandern sollen: Immigrationslehre Hammars. Physiologische Ausschaltungsversuche machte zuerst 1845 Restelli. Seine, sowie die großzügigen Untersuchungen Friedlebens kranken an Unvollkommenheiten der Methodik. Hammar thymektomierte Frösche ohne Erfolg. Auch Herbivoren sind ungeeignete Versuchsobjekte. Erst Baschs Experimente an jungen Hunden bedeuten einen Markstein in der experimentellen Thymusforschung. Seine Knochenveränderungen bestanden in zurückbleibendem Wachstum, verringerter Ossifikation und kalkarmem Callus. Histologisch waren die Knochenveränderungen rachitisähnlich. Am peripheren Nerv und an den motorischen Rindenfeldern bestand elektrische Übererregbarkeit. Alle Störungen waren mehr vorübergehender Natur. Klose-Vogts Arbeiten bestätigten und erweiterten Baschs Befunde. Nach der Thymektomie wurde ein Stadium der Latenz, der Adipositát und der tötlichen Kachexie unterschieden. Das Knochenleiden — Rachitis, Osteomalacie und Osteoporose — entsteht durch verminderten Anbau oder vermehrten Abbau. Eine hypothetische Säureüberladung des Organismus wird als Ursache angenommen. Neurohistologisch wurden am peripheren Nerven Markscheidenzerfall, in der grauen Substanz des Gehirns Aufquellung und Verflüssigung der Ganglien und Gliazellen beobachtet. Hart-Nordmann fanden Dilatation des Herzens als Todesursache ihrer thymektomierten Hunde, keine Knochenveränderungen. Unvollständigkeit der Thymusentfernung ist der Grund für ihre Erfolglosigkeit. Svehla erzeugte durch Thymusextrakte Blutdrucksenkung, Capelle-Bayer durch Thymuspreßsaft Lymphocytose, Bircher durch Thymusimplantation Protusio bulbi, Tachykardie, Tremor und Schilddrüsenanschwellung. Matti schließt den experimentalphysiologischen und Hauptteil seiner Arbeit mit seinen eigenen Experimentaluntersuchungen des Knochensystems und der Beziehungen zwischen Thymus und den anderen endokrinen Organen. Die Knochenveränderungen nach Thymektomie zeigen vollständige Übereinstimmung mit Rachitis, bedingt durch mangelhafte Kalkaufnahmefähigkeit des im Übermaß produzierten neuen Knochengewebes infolge Störung des intermediären Stoffwechsels. Wahrscheinlich fällt dem Thymus eine überwiegende Rolle zu für das Knochenwachstum und den Knochenumbau, im Zusammenwirken der Drüsen mit innerer Sekretion. Durch Fortfall depressorischer Einflüsse tritt eine Hypertrophie des Nebennierenmarkes und eine vikariierende Hypertrophie der Schilddrüse ein. Hemmende Korrelationen bestehen zwischen Thymus und Keimdrüsen. Pankreas und Leber hypertrophieren nach Thymektomie. Die Muskeln verfallen der degenerativen Atrophie. Sicher ist der Thymus nicht an der Bildung roter Blutkörperchen beteiligt.

Der zweite Teil der Abhandlung gibt einen orientierenden Überblick über aktuelle klinische Fragen. Die Röntgeninvolution tritt schon nach wenigen Stunden ein. Das Organ nimmt wieder einen mehr epithelialen Charakter an. Bei der accidentellen Involution durch Krankheit kommt es zur Bildung eines sklerosierenden Bindegewebes; bei der Hungerinvolution zeigt das Bindegewebe nicht die Spur von Wucherungsprozessen. Dieses Verhalten kann für den Gerichtsarzt ein Kriterium für die Feststellung des Hungertodes sein. Thymushypoplasie ist häufig. Bei 73% intellektuell abnormen Kindern fehlte makroskopisch der Thymus. Zirkulationsstörungen der Thymusdrüse — Hämorrhagien — sind häufig bei Infektionskrankheiten und Syphilis.

Thymusabscesse können schnell zum Tode führen. Neubildungen der Thymusdrüse sind bindegewebiger oder epithelialer Abstammung. Ihre Symptome decken sich mit denen der Mediastinaltumoren. Uni- und multilokuläre Thymuscysten sind beschrieben. M. sieht das Charakteristikum für den Thymustod in der Vergrößerung des Thymus bei mangelnder Erklärung des plötzlichen Todes durch anderweitige pathologische Veränderungen. Die mechanische Theorie des Thymustodes besteht zu Recht, wenn periodische Anfälle von Atmungsbehinderung tödlich endeten, die Trachealkompression autoptisch nachgewiesen wurde oder wo chirurgische Eingriffe Hilfe schafften. Gegenüber der Gefäß- und Nervenkompression ist Zurückhaltung am Platze, wenn auch die Möglichkeit einer Gefäßkompression durch die Praxis schon bewiesen ist. Die Paltaufsche Lehre vom Status thymo-lymphaticus findet da Anwendung, wo plötzliche Todesfälle bei Erwachsenen erklärt werden sollen. Die Hypoplasie des chromaffinen Systems spielt dabei eine wesentliche Rolle. In diese Rubrik gehören auch manche sog. Narkosentode. Beim Status thymo-lymphaticus liegt eine gemischte Hyperplasie des Thymus vor mit Fehlen von Degenerationserscheinungen an den Hassalschen Körperchen und Fehlen von Verfettungen. Bei reinem Status lymphaticus verhält sich der Thymus dem Alter entsprechend, bei reiner Thymushyperplasie ist das Mark hyperplastisch, die Rinde hypoplastisch. Bei den Basedowthymustodesfällen spielt neben dem schädigenden Einfluß des Thymus — Dysthymisation, Hyperthymisation — auch die mangelhafte Funktion des chromaffinen Systems eine Rolle. Die chirurgische Inangriffnahme des Basedowthymus ist nicht nur nach den bisherigen, wenn auch wenig zahlreichen praktischen Erfolgen, sondern auch im Sinne der heutigen Auffassung von der Rolle der Thymusdrüse beim Basedow gerechtfertigt. Die wertvolle Arbeit, von der hier nur das Allerwesentlichste für die Chirurgie kurz angedeutet werden konnte, ist mit zahlreichen instruktiven Abbildungen und Tafeln illustriert.

Klose (Frankfurt a. M.).

Lungen:

Kretz, R,, Über experimentelle Lokalisation der Lungenembolie. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. **55**, S. 371—372. 1913.

Zum Beweise für die Richtigkeit der vom Verf. behaupteten, in der Lunge ganz gesetzmäßig lokalisierten embolischen Verschleppungen (vgl. Verhandl. d. pathol. Gesellsch. 1912) teilt Verf. folgendes Experiment mit:

Bei einem $1^1/_2$jährigen, 16 kg schweren Schäferhunde wurde in Narkose 0,2 ccm einer sehr dicken Emulsion von Kartoffelstärke in Gummi in die rechte Jugularis injiziert; nach ungefähr 5 Minuten wurde das Tier durch Injektion von einigen Kubikzentimetern Chloroform in den linken Ventrikel getötet. Die nachfolgende Sektion zeigte nur einen keilförmigen blutreichen Herd im rechten Oberlappen. Mikroskopisch war in diesem Herde, der einen geringen Luftgehalt aufwies, ohne so dicht wie ein eigentlicher Infarkt zu sein, neben den Erythrocyten in den Alveolen auch Stärkekörner freiliegend zu finden. Im übrigen Lungengewebe fanden sich in allen Lappen ziemlich gleichmäßig Stärkekörner in den Blutcapillaren verteilt.

Dieser Befund wird so gedeutet: Der Pfröpf von Stärkekörnern und Gummi ist in der typischen Strombahn in den Oberlappen eingefahren, dort wurde er vom nachdrängenden Blute in die Capillaren eingetrieben; die überdehntem Capillaren haben unter teilweisem Zerreißen einen kleinen Teil der Injektionsmasse und später auch Blut durchtreten lassen. Der Rest der Körner ist aber in der Blutbahn geblieben und in die Lungenvenen eingetreten. Jetzt waren die Stärkekörner nur mehr einzeln im Blute suspendiert und sind ähnlich den Fetttröpfchen bei der Fettembolie der Lungen im Kreislauf weitergeschleppt und verteilt worden. *Konjetzny* (Kiel).

Bauch und Becken.

Allgemeines:

Sensibilità nel cavo addominale. (Schmerzempfindung in der Bauchhöhle.) Gaz. degli osp. e delle clin. anno **34**, Nr. 5, S. 41—43. 1913.

In der Arbeit werden die Ansichten verschiedener Autoren über die Schmerzempfindlichkeit der Unterleibsorgane zusammengestellt. Empfindlich ist, wie bekannt,

das peritoneum parietale, unempfindlich sind Magen und Därme, und wenn wir an ihnen Schmerzen empfinden, so werden diese nur durch Zerrungen am empfindlichen Mesenterium hervorgerufen. Die Leber, die Milz und die Bauchspeicheldrüse kann man schneiden, ohne daß Mensch oder Tier Schmerzen empfinden, Schmerzen an der Gallenblase werden nur durch Zerrungen des Halses derselben hervorgerufen, da nur der Gallenblasenhals sensible Fasern hat. Die Nieren sind unempfindlich, werden sie gezerrt beim Luxieren oder Unterbinden des Gefäßstieles oder drücken sie infolge Vergrößerung durch Ansammlung von Flüssigkeit auf die Umgebung, so werden Schmerzen hervorgerufen, da die Umgebung sensible Nervenfasern hat. An der Blase hat nur das Trigonum empfindliche Nervenfassern, der Uterus, die Ovarien, die Tuben sind bei Operationen empfindungslos, Schmerzen werden aber durch Zerrungen hergerufen, da das umgebende Bindegewebe sensible Fasern besitzt. Nach Lennander wird das Peritoneum parietale von den nn. intercostales lumbales und sacrales versorgt, während nach Franke (Berlin. klin. Wochenschr. 1912, Nr. 42) die Innervation der inneren Organe durch ein aus dem Mittelhirn und dem ganzen Rückenmark entspringendes, mit sympathischen Nervenfasern gemischtes autonomes System erfolgt, das nur zentrifugal wirkt, also keine Schmerzen direkt vermittelt. *Herhold.*

Johnston, T. B., Anomaly of the vena cava inferior; with a note on the relationships which help to determine the nature of anomalies of some of the abdominal systemic veins. (Anomalie der Vena cava inferior; mit einer Bemerkung über die Verhältnisse, die zur Bestimmung der Natur von Anomalien einiger Abdominalvenen dienen.) Journal of anat. a. physiol. 47, S. 235—245. 1913.

Bei der Sektion eines erwachsenen Mannes fand sich an den Venen des Bauches folgender ungewöhnlicher Befund. Aus der oberen Wand der linken V. iliaca comm. etwa 1 cm distal von ihrer Vereinigung mit der rechten V. hypog. (eine V. iliaca comm. fehlte rechts) entsprang eine im abgeflachten Zustande etwa 4 mm breite, 11,2 cm lange Vene. Sie verlief schräg nach rechts über die Vorderseite des Ursprungs der rechten Art. iliaca comm., den angrenzenden Teil der Aorta abdom. und die Vorderfläche der V. cava inf., mit der sie sich in der Höhe des unteren Randes der rechten Nierenvene vereinigte. Vom Stamm der Cava wurde die Vene getrennt durch die Art. sperm. dextra und eine rechtsseitige akzessorische Nierenarterie. Die abnorme Vene erhielt Äste von beiden Ureteren. Ferner verlief von der Stelle, wo die linke V. subcost. zur hemiazygos umbiegt, entsprechend der Lage einer hinteren Kardinalvene ein kleiner Venenast nach abwärts, der ein winziges Gefäß aus der rechten Subcostalvene und der linken 1. Lumbarvene aufnahm, um sich dann dorsal von der Aorta unmittelbar unter der rechten Renalvene in die Cava inf. zu senken. Wegen der Deutung dieser venösen Anomalien ist vor allem die Lage solcher Gefäße zur Aorta zu beachten. Vor der Aorta gelegene Anastomosen stellen entwicklungsgeschichtlich Verbindungen zwischen den Subkardinalvenen dar, während hinter der Aorta gelegene Anastomosen den hinteren Kardinalvenen zuzuschreiben sind. Demnach setzt sich die ersterwähnte abnorme Vene von oben nach unten aus einem Teil der rechten Subkardinalvene, einer Anastomose zwischen beiden Subkardinalvenen und einem Abschnitt der linken Subkardinalvene zusammen, während die kleinere Vene einen Teil der linken hinteren Kardinalvene darstellt und ihr Zufluß aus der rechten Subcostalvene als Anastomose zwischen beiden hinteren Kardinalvenen zu deuten ist. *Kempf* (Braunschweig).

Thies, A., Die Verwendung des Luffaschwammes bei der Laparotomie. (*Chirurg. Univ.-Klin., Gießen.*) Zentralbl. f. Chirurg. 40, S. 88—89. 1913.

Nachdem früher in der Chirurgischen Klinik in Gießen zum Zurückhalten der Darmschlingen bei Operationen an den Gallenwegen der gewöhnliche Badeschwamm mit gutem Erfolge benutzt worden war, wird jetzt zu demselben Zwecke der Luffaschwamm empfohlen. Letzterer hat, wenn er auch nicht so weich und biegsam wie der gewöhnliche Badeschwamm ist, den Vorzug, daß er wiederholt ausgekocht werden kann. Er wird mit den Instrumenten in Sodalösung gekocht und vor Einführung in die Bauchhöhle mit einer Kompresse umwickelt. *Oehler* (Freiburg i. B.).

Schmidt, Ad., Weitere Erfahrungen über die Behandlung von Darmkrankheiten mit Sauerstoff. (*Med. Klinik, Univ. Halle.*) Therap. d. Gegenwart 54, S. 8 bis 10. 1913.

Die Empfindlichkeit der Darmschleimhaut gegen Sauerstoff ist individuell verschieden. Verf. empfiehlt daher, mit kleinen Dosen zu beginnen und allmählich zu

steigen. Bei Affektionen des Dünndarms, insbesondere bei Gärungsdyspepsien und Katarrhen, gibt die Einführung von O_2 in den Magen bzw. durch den Duodenalschlauch ins Duodenum gute Resultate. Bei Dickdarmkatarrhen ist die Einführung des Gases per rectum vorzuziehen. Tiefergreifende Entzündungen, wie Colitis ulcerosa u. dgl., verhalten sich gegen die Sauerstofftherapie refraktär. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Hernien:

Schloffer, H., Über Hernien. (*Chirurg. Klinik, dtsch. Univ., Prag.*) Med. Klinik. **9**, S. 45—49 u. 86—89. 1913.

In Form eines klinischen Vortrages wird unter kurzer Darstellung der anatomischen Verhältnisse die Leisten- und Schenkelhernie sowie die Nabelhernie und die Hernia epigastrica besprochen. Ausführlicher wird auf die Differentialdiagnose und Therapie eingegangen. Bei der Leistenhernie kommen vor allem die Hydrocele, die Varicocele, der kalte Absceß, Geschwülste des Hodens, des Samenstranges und des Ligamentum rotundum, die Einklemmung und Torsion eines Hodens sowie traumatische Hämatome, bei der Schenkelhernie der Varix der Vena saphena das properitoneale Lipom, vergrößerte Leistendrüsen oder ein kalter Absceß differentialdiagnostisch in Betracht. Bei der Besprechung der Hernia epigastrica wird darauf hingewiesen, daß diese schon in ihrem frühesten Entwicklungsstadium heftige Beschwerden herbeiführen kann, so daß ihre baldige radikale Beseitigung dringend anzuempfehlen ist. Weiterhin wird über die bekannten Radikaloperationen berichtet. *Wortmann* (Berlin).

Heineck, Aimé Paul, Contribution à l'étude des hernies tubaires, ovariennes et tubo-ovariennes. (Beitrag zum Studium der Adnexhernien.) Journal méd. de Bruxelles **18**, S. 1—6. 1913.

Verf. fordert die Operation jeder Adnexhernie ohne Rücksicht auf Ursprung, Sitz, Größe und Alter in allen Fällen, in denen ein ständiges Größerwerden trotz geeigneter Gegenmaßnahmen zu beobachten ist, ferner im Falle der Irreponibilität, Einklemmung oder Stiehldrehung. Die Indikation zur Operation nach vollendetem zweiten Lebensjahre wird noch erheblich erweitert: Doppelseitigkeit, Schmerzen beim Tragen einer Bandage, Möglichkeit einer Schwangerschaft usw. Verf. weist sodann auf die Gefahren eines Bruchbandes hin: (Platzen einer Pyosalpinx oder Tubargravidität). Bei Kindern unter 3 Jahren sind nach verschiedenen Autoren in 50—90% der Fälle Spontanheilungen beobachtet. Verf. bevorzugt in Fällen von Leistenhernien die Operation nach Bassini. Er gibt für die Ausführung der letzteren meist bekannte Ratschläge. Erwähnenswert ist die Fixation des abgebundenen Bruchsackstumpfes zwischen Peritoneum und Transversusfascie 3 cm über dem Annulus int., um ein Hervorgleiten des Stumpfes zu verhindern, sowie die Warnung vor einer Verletzung des lig. rotundum. Bezüglich der Behandlung des Bruchsackinhaltes ist Verf. im allgemeinen konservativ. Er hält eine Wegnahme der Adnexe nur für gerechtfertigt in Fällen von Gangrän, Neubildungen, cystischer Entartung, Entzündung, Mißbildung oder Entwicklungshemmung, Hämorrhagien, Extrauteringravidität, Tuberkulose, Funktionsunfähigkeit. Schwangerschaft begünstigt das Entstehen und Größerwerden von Adnexhernien jeglicher Art. Nach der Statistik des Verf. ist die Inguinalhernie 8 mal so häufig als alle übrigen Hernien zusammen. Als charakteristisch für kongenitale Hernien wird Gefäßreichtum, Vorhandensein glatter Muskelfasern auf dem Bruchsack, starke Verwachsung des lig. rotund. mit demselben, sowie Mehrkammerigkeit des Bruchsackes angegeben. Femoralhernien finden sich fast ausschließlich bei Erwachsenen. Adnexhernien verhindern an sich weder Konception noch Schwangerschaft, sofern die Adnexe gesund sind. Durch aufsteigende Entzündungen kann der Bruchsackinhalt vereitern und zu allgemeiner Peritonitis führen, wenn nicht — wie es meist der Fall ist — die Verklebung des abdominalen Tubenendes die Bildung einer Pyosalpinx zur Folge hat. Umgekehrt können auch entzündliche Prozesse anderer Ätiologie sekundär zu einer Entzündung der Adnexe führen: Entzündung des gleichzeitig im Bruchsacke vorhandenen Appendix, Gangrän des Darmes usw. Jede Schwangere ist sorgfältig zu überwachen und nach Jahresfrist einer Radikaloperation zu unterwerfen. *Mettin* (Berlin).

Magen, Dünndarm:

Crymble, P. T., Gastro-pancreatic folds: their relation to the movements of the stomach and to the subdivisions of the lesser sac. (Über Gastropankreatische Falten und ihre Beziehungen zu den Bewegungen des Magens und den Unterabteilungen des kleinen Netzbeutels.) Journal of anat. a. physiol. **47,** S. 207—224. 1913.

An Durchschnitten von menschlichem und tierischem Embryonenmaterial sowie von Leichen verschiedenen Alters hat Verf. Studien über den kleinen Netzbeutel gemacht. Im Gegensatz zu den geläufigen anatomischen Darstellungen will er zwischen großem und kleinem Netzbeutel unterschieden wissen. Beide werden getrennt durch die Plica gastropancreatica, und kommunizieren durch das je nach Entwicklung der Falte größere oder kleinere Foramen Bursae om. maj. Das variable Verhalten der Plica gastropancreatica, die ganz fehlen, andrerseits die kleine Kurvatur des Magens in großer Ausdehnung gegen das Pankreas fixieren kann, bedingt eine sehr verschiedene Beweglichkeit des Magens im Bereich seiner kleinen Kurvatur, was für die Beurteilung von Wismuthaufnahmen von Wichtigkeit ist. So entsteht die von Holzknecht als „Stierhornmagen" beschriebene Form bei ausgedehnt fixierter kleiner Kurvatur, während der Groedelsche „Hakenmagen" bei großem Foramen bursae om. maj. in Erscheinung tritt. *Krüger* (Weimar).

Rovsing, Thorkild, Gastrocoloptosis, its pathological signification and its surgical treatment. (Pathologische Bedeutung und chirurgische Behandlung der Gastrocoloptose.) Ann. of surg. **57,** S. 1—27. 1913.

Verf., der frühere Theorien, wie die Glénards und Stillers, über das Zustandekommen der Gastrocoloptose für unhaltbar ansieht, unterscheidet ätiologisch zwei Formen der Gastrocoloptose. Die erste, bei Mädchen, die nicht geboren haben, entsteht durch den Druck des Korsets, der die untere Thoraxapertur deformiert und so einengt, daß die unter dem Zwerchfell gelegenen Organe, Leber, Magen, Nieren nach unten verschoben werden. Da ein Ausweichen bei den unnachgiebigen Bauchdecken nicht möglich ist, kommt es zu einer Faltung der Wandung des Magens und Colons quer zur Längsrichtung der Organe, zur Bildung von Knicken mit Hemmung der Passage usw. Bei objektiv geringer Senkung des Magens kann das Krankheitsbild ein schweres sein (heftiges Erbrechen, Schmerzen im Epigastrium, Abmagerung, Verstopfung, nervöse Symptome). Die Gastrocoloptose ist auch die eigentliche Ursache des Sanduhrmagens, die dabei gefundenen Ulcera entstehen sekundär auf der Höhe der Falten. Die zweite Form der Gastrocoloptose entsteht durch die Nachgiebigkeit der Bauchdecken bei Frauen, die geboren haben. Das Primäre ist hier die Senkung des Colon. Das dominierende Symptom ist die Verstopfung. — Die Behandlung besteht bei dieser zweiten Form in Verordnung einer Bandage. Bei der ersten Form ist dieselbe wegen der straffen Bauchdecken unwirksam, angezeigt ist die operative Behandlung. Mit den indirekten Methoden der Gastropexie (nach Beyer und Coffey) hat Verf. keine befriedigenden Resultate gehabt, gut waren dagegen die Erfolge mit seiner Methode der direkten Fixierung des Magens an die vordere Bauchwand, die er an der Hand einiger Abbildungen nochmals beschreibt. — Heilung wurde erzielt in 50—75% bei äußerst geringer Mortalität. Als Hilfsoperation kommt bei sehr langem Lig. gastrocolicum dessen Verkürzung durch Raffung in Frage. Bei hochgradig verengter unterer Thoraxapertur kann es unmöglich sein, den Magen in befriedigender Lage zu fixieren, in diesen Fällen ist angezeigt die Erweiterung der Bauchhöhle durch plastische Operation. Aus dem vorderen Blatt der Rectusscheide und den vorderen Lagen des Muskels werden rechteckige Lappen mit median gelegener Basis gebildet, die umgeschlagen und in der Mitte vereinigt werden. Verlagerung der Leber, Nieren erfordern ev. die Fixierung. Die Gastroenterostomie hält Rovsing bei Ptosis nur für nachteilig. *Wehl* (Celle).

Gruber, G. B., Knochenbildung in einem Magencarcinom. (*Städt. Krankenh., München r. d. Isar.*) Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. **55**, S. 368 bis 370. 1913.

Die mikroskopische Untersuchung eines bei einem 59jährigen Manne resezierten flach ulcerierten Pyloruscarcinoms ergab als sehr augenfälligen Befund eine weitgehende Knochenbildung im Stroma des hochdifferenzierten Adenocarcinoms.

Die gefundenen Knochenbälkchen waren nach Ansicht des Verfassers zum Teil durch in Reihen angeordnete Osteo blasten entstanden, zum Teil schienen sie durch direkte Metaplasie aus dem netzartig angeordneten Bindegewebe aufgebaut worden zu sein. In diesen Knochenbälkchen waren hier und da bereits Zeichen resorptiver Vorgänge vorhanden, die durch den Nachweis Howshipsscher Lakunen und Osteoklasten sichergestellt wurden. Das Skelettsystem konnte nicht untersucht werden. Die Aorta und die großen Arterien zeigten weitgehende Wandverkalkung.

Verf. vermutet, daß sich bei dem Manne ein unregelmäßiger Ablauf des Kalkstoffwechsels abgespielt hat. Es ist nicht anzunehmen, daß sich bereits vor der Entstehung des Carcinoms in der Magenwand Kalkablagerungen eingestellt haben sollten. Es scheint vielmehr so gewesen zu sein, daß das junge Bindegewebe, das bei der Wucherung des Carcinoms als Stroma auftrat, besonders avide gegenüber den Kalksalzen war und im Verein mit diesen die Knochenbildung bewerkstelligte. Ob die disponiblen Kalksalze durch eine Rarefizierung des Knochens im Skelettsystem frei geworden sind, läßt sich bei der nicht vollständigen Sektion des nach der Operation gestorbenen Mannes auch nicht annähernd vermuten. *Konjetzny* (Kiel).

Macewen, John A. C., A case of punctured wound of the abdomen, penetrating both walls of the stomach, which presented misleading symptoms. (Ein Fall von Stichverletzung des Bauches mit Durchbohrung beider Magenwände unter irreführenden Symptomen.) Lancet **184,** S. 99—100. 1913.

Eine Stichverletzung im Epigastrium bei einem 10jährigen Knaben bot 4 Stunden nach der Verletzung nur geringe Perforationssymptome: leichte Schmerzen in der Nähe der Wunde, einmaliges, nicht blutiges Erbrechen, kein Fieber, keine Pulsbeschleunigung. Die Sonde führte nur bis in die Bauchdecken. Erst später zunehmende Schmerzen und Bauchdeckenspannung. Als nun laparotomiert wurde, fand sich eine penetrierende Stichwunde der vorderen und hinteren Magenwand. *Hinz* (Lichterfelde).

Bartlett, Williard, The use of a murphy button to effect duodenojejunostomy after gastrojejunostomy. (Der Gebrauch eines Murphyknopfes zwecks Duodenojejunostomie nach Gastrojejunostomie.) Ann. of surg. **57,** S. 81—82. 1913.

Verf. hat sich in einem Falle von Circulus vitiosus nach hinterer Gastroenterostomie mit kurzer Schlinge, wo sich nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte, daß eine Enteroanastomose sehr schwierig war, weil die Darmschlingen in der Tiefe fixiert waren, und so gut wie keine Schlinge vorhanden war, folgendermaßen geholfen.

Er eröffnete den Magen von vorn, führte dann mittelst Zange durch die Gastrojejunostomieöffnung die eine Hälfte eines Murphyknopfes in das Duodenum, die andere in das Jejunum. Durch kleine Einschnitte wurde der Hals einer jeden Hälfte herausgeleitet und dann die beiden Hälften vereinigt, so daß also dicht unterhalb der Magenjejunumverbindung eine solche zwischen Duodenum und Jejunum geschaffen wurde. Nach der Operation nur noch einmal Erbrechen wenige Stunden nach der Operation.

Verf. empfiehlt die Methode für ähnlich schwierige Fälle. Die einzige Schwierigkeit sei der sorgfältige Abschluß des Operationsfeldes. 2 Abbildungen demonstrieren den Eingriff. *Wiemann* (Flensburg).

Durand, Gaston, La diarrhée accident consécutif à la gastro-entérostomie. (Diarrhoe als Folge der Gastroenterostomie.) Progr. méd. **41,** S. 2—4. 1913.

Auf Grund der Statistiken von Denécheau, Mathieu und Enriquez, welchen im ganzen 153 Fälle zugrunde liegen, berechnet Verf., daß Diarrhöen nach Gastroenterostomie wegen Ulcusstenose in $^1/_8$ der Fälle beobachtet werden. Diese Diarrhöen treten in der Regel bald nach der Operation auf und zwar meist im Anschluß an die Rückkehr zur gewöhnlichen Kost, ausnahmsweise aber auch erst mehrere Jahre nach der Gastroenterostomie. Obwohl eine beschleunigte Passage der Ingesta fast bei allen Gastro-

enterostomierten röntgenologisch nachweisbar ist, so zwar, daß der Wismutbrei bereits nach 5 Stunden, anstatt nach 8—10 Stunden, die Flexura coli sinistra erreicht, so erklärt diese Tatsache allein noch nicht hinreichend das Auftreten der Diarrhöen. Fast stets lassen sich vielmehr nervöse Einflüsse oder lokale Reizungen alimentären Ursprunges ätiologisch nachweisen. Manche Fälle sind auf die Hypochlorhydrie zurückzuführen, welche durch den neutralisierenden Einfluß des Darmsaftes auf den Magen entsteht; sie bilden ein Analogon zu den gastrogenen Diarrhöen bei Achylia gastrica. Die Diarrhöen schwinden meist bei Anordnung von Ruhe und Diät (Fleischverbot). Bei hartnäckigen Fällen kommen außerdem Opium- und Belladonnapräparate zur Anwendung, bei Hypochlorhydrie ist Salzsäuredarreichung angezeigt. *Adler.*

Eustace, Arthur Barnett, Ileus due to Meckel's diverticulum. (Ileus infolge eines Meckelschen Divertikels.) Ann. of surg. **57**, S. 83—85. 1913.

Verf. fand bei einem durch ein Meckelsches Divertikel bedingten Fall von Ileus zugleich einen Volvulus desselben. Das Divertikel ging ca. 50 cm oberhalb der Einmündungsstelle des Dünndarms ab. Es war 9 cm lang und wie ein Faden um sich gedreht und mit seinem spitz zulaufenden Ende mit dem Nabel verwachsen. Seine Farbe war dunkelbraun, seine Oberfläche matt. Eine größere Dünndarmschlinge war durch das Divertikel abgeklemmt. Entfernung des Divertikels nach Art der Appendektomie. Da die Dünndarmschlinge sich erholte, konnte von einer Resektion abgesehen werden. Heilung. 2 gute Abbildungen. *Wiemann.*

Wurmfortsatz:

Krüger, Operative Mobilisierung des Coecum bei Appendektomie, sowie Bemerkungen zu dem Artikel Kofmanns: Über die Ausschaltung des Wurmfortsatzes. Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 85—87. 1913.

Verf. wendet sich gegen den Vorschlag von Kofmann, bei Fällen sehr schwieriger Exstirpation des Wurmfortsatzes die Ausschaltung desselben mittels Nahtverschlusses des Coecum einerseits und des proximalen Endes des Wurmfortsatzes andererseits auszuführen. Eine Neuinfektion des ausgeschalteten Wurmfortsatzes auf hämatogenem Wege ist jederzeit als möglich anzusehen; es sind solche Fälle von Empyem des ausgeschalteten Wurmfortsatzes mit und ohne Perforation bekannt, ob nun der Wurmfortsatz durch vorhergegangene Anfälle vom Coecum isoliert war oder durch eine völlige Stenose ein peripheres Stück abgetrennt war. Der Wurmfortsatz muß immer entfernt werden.

Die Schwierigkeiten der Appendektomie in solchen Fällen, besonders bei retrocoecaler Lage des Wurmfortsatzes lassen sich verringern: 1. dadurch, daß der Bauchschnitt der nach Möglichkeit zu bestimmenden Lage des Wurmfortsatzes Rechnung trägt. (Verf. bevorzugt den Riedelschen Zickzack- oder Wellenschnitt, legt ihn immer 1 Querfinger breit oberhalb des Lig. Pouparti in der Richtung desselben, bald nach der Spina zu, bald nach dem kleinen Becken zu an). 2. bei retrocoecal gelagertem Wurmfortsatz wird analog der Kocherschen Mobilisierung des Duodenums die Umschlagfalte des Peritoneums zwischen Bauchwand und Coecum incidiert durch einen 2—3 cm langen, nach Bedarf längeren Schnitt in das Bauchfell, parallel dem Coecum resp. dem Colon ascendens. Dann läßt sich der Dickdarm nach der Mitte zu umdrehen und der dahinter versteckte Wurmfortsatz zur Anschauung bringen. *Oehler.*

Neugebauer, Friedrich, Über die Ausschaltung des Wurmfortsatzes. (Zu dem Aufsatz von S. Kofmann.) Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 87—88. 1913.

Verf. warnt davor, den von Kofmann gemachten Vorschlag zu befolgen, welcher dahin geht, den in Adhäsionen eingebetteten, schwer zu entfernenden Wurmfortsatz einfach zu belassen, indem man ihn am Coecum abtrennt und das Lumen blind verschließt. Er schildert in Kürze die Gefahren, welche die Ausschaltung des Wurmfortsatzes ähnlich wie die totale Darmausschaltung mit sich bringt: entweder langwierige Schleimfisteln bei nachträglicher Insuffizienz des blinden Verschlusses oder Bildung einer Schleimcyste (durch Platzen derselben Pseudomyxoma peritonei, bei maligner Entartung Carcinom), oder neuer Anfall von typischem Charakter. Neugebauer hat einen derartigen mit Absceßbildung einhergehenden Fall vor kurzem

beobachtet, wobei sich als Ursache des neuerlichen Anfalles ein beiderseits blind geschlossenes entzündetes mit schleimig-trüber Flüssigkeit gefülltes Appendixende fand.

Oehler (Freiburg i. Br.).

Dickdarm und Mastdarm:

Stierlin, Eduard, Über chronische Funktionsstörungen des Dickdarms. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. **10,** S. 383—498. 1913.

Folgende Bewegungsformen des normal arbeitenden menschlichen Dickdarms sind gegenwärtig bekannt: 1. Große rasch ablaufende Inhaltsverschiebungen in beiden Richtungen, die sogenannten großen Kolonbewegungen; 2. Defäkationsbewegungen, vielleicht identisch mit den großen Kolonbewegungen, wahrscheinlich tonische Kontraktionen sämtlicher Muskelschichten des Darms. 3. Kleine Pendelbewegungen, die Misch-, Knet- und Auswalzbewegungen; 4. große Pendelbewegungen, konzentrische Kontraktion der Längs- und Ringmuskulatur in der Ausdehnung von einigen Zentimetern, die nicht zu Inhaltsverschiebung in einer Richtung, jedoch zu Lageveränderungen ganzer Kolonabschnitte führen; 5. peristaltisch abwärts verlaufende Wellen im distalen Kolonabschnitt, welche an der Fortbewegung seines Inhalts wohl den Hauptanteil haben; 6. langsam fortschreitende antiperistaltische Wellen sind zu vermuten.

Zwischen den einzelnen Abschnitten des Magendarmkanals bestehen sehr enge funktionelle Wechselbeziehungen (der Bewegung und der sekretorischen Vorgänge). Die Obstipation ist charakterisiert durch ungenügende Stuhlentleerung, sei es, daß zu selten Stuhl, sei es, daß täglich, aber in ungenügender Menge erfolgt. Eine besondere Form sind geringe Diarrhöen, ähnlich der Ischuria paradoxa. Die Ursachen können mechanischer Art sein, Abknickungen, Briden, Ptose, Wanderniere, Adhäsionen bei Appendicitis oder Tuberkulose. Die verschiedenen Obstipationstypen lassen sich nach ihrer funktionellen wie nach ihrer topographischen Eigenart gruppieren. Unter den funktionell charakterisierten Formen treffen wir zuerst auf den allgemeinen hypokinetischen Typus. Diese Obstipationsform entspricht im wesentlichen derjenigen, die man bisher als atonische bezeichnete. Das Wesen des hypokinetischen Obstipationstypus läßt sich folgendermaßen zusammenfassen: Die Bewegungen des Kolons sind abgeschwächt. Dabei kann der allgemeine Tonus normal oder herabgesetzt sein. Die Ursachen sind 1. schwache Entwicklung oder Schädigung der Darmmuskulatur, 2. mangelhafte Innervation. Die muskuläre Darmatonie kommt vor durch Ernährungsstörungen und durch Überdehnung. Neben der ungenügenden Innervation der Darmmuskulatur finden wir die Obstipation durch depressive Geisteszustände veranlaßt und dann vor allem die Reflexkonstipation bei schmerzhaften Gallen- und Nierensteinkrisen, Epididymitis und Appendicitis. Der spastische (hypertonisch-dyskinetische) Typus der Obstipation verbindet mit der Hypertonie eine Dissoziation der verschiedenen peristaltischen Bewegungen des Kolon.

Nach den Betrachtungen sind folgende gleichzeitige Kombinationen an ein und derselben Darmstrecke möglich. 1. Hypertonie mit Herabsetzung aller Kolonbewegungen (stehende Spasmen). Schatten zeigt ein schmales Band ohne haustrale Einziehungen; 2. Hypertonie mit gleichzeitiger Hypermotilität (fortschreitende Spasmen). Von der Schattengrenze lösen sich kleine Kontrastbröckel und wandern rasch analwärts. 3. Hypertonie mit Herabsetzung der peristaltischen und großen Kolonbewegungen. Nach 24 Stunden sieht man das ganze Kolon als kontinuierliche perlschnurartige Kette; 4. lebhafte retrograde Kotverschiebungen im proximalen Kolon unter tonischer Kontraktion größerer Kolonabschnitte.

Die topographisch charakterisierten Formen der Obstipation sind: 1. Die Dyschezie; der Schatten durchwandert im normalen Tempo das Kolon bis zur Flexura sigmoidea, dort bleibt er tagelang auch nach erfolgtem Stuhlgang sichtbar. 2. Die Obstipation vom Aszendenztypus ist gekennzeichnet durch das ungewöhnlich lange Verharren des Kotes im Anfangsteil des Dickdarms. 3. Die Obstipation durch Transversoptose hat als Grund den verlängerten Aufenthalt des Kotes im ptotischen Colon transversum durch Fehlen oder Herabgesetztsein der großen Kolonbewegungen. — Die in neuester Zeit besonders geübten Operationen bei Funktionsstörungen des Dickdarms sind: 1. die Durchtrennung von stenosierenden Strängen, 2. Fixierung dislozierter Kolonteile in normaler Lage, 3. Ausschaltung von Dickdarmabschnitten, 4. Resektionen des Dickdarms.

Gelinsky (Berlin).

Leber- und Gallengänge:

Moynihan, Sir Berkeley, An Address on gall stones. (Über Gallensteine.) Brit. med. journal **2714,** S. 8—11. 1913.

Entstehung der Gallensteine infolge Eindringens von Infektionserregern in die Gallenblase. Dyspeptische oder gastralgische Frühsymptome. Erst Einklemmung im Gallenblasenhalse oder Ductus cysticus erzeugt Kolikanfälle, weiterhin Hydrops oder Schrumpfung der Blase. Diagnostizierte Steine verlangen chirurgische Behandlung. Verf. tritt mit den meisten englischen und amerikanischen Chirurgen für weite Indikationsstellung zur Operation ein und bevorzugt, wo möglich, die Cholecystotomie im Gegensatz zu der auf dem Kontinent geübten engeren Indikationsstellung und Cholecystektomie. *Joseph* (Berlin).

Kelley, Samuel W., The treatment of hepatic cirrhosis. (Die Behandlung der Lebercirrhose.) Americ. journal of clin. med. **20,** S. 31. 1913.

Auf dem letzten amerikanischen Chirurgenkongreß sprach E. Martin über die Behandlung der Lebercirrhose.

Um das Operationsgebiet sich gut zugänglich zu machen, erweist sich ein Längsschnitt im rechten Musc. rectus empfehlenswert, der bis 2 Querfinger vom Nabel abwärts läuft, und auf den ein Querschnitt gesetzt wird. Die Gefahr der Leberblutung schätzt er nicht sehr hoch, da ihn Versuche überzeugt haben, wie gering der Blutdruck in der Leber ist. Catgut-Matratzennähte, die mit einer stumpfen Nadel angelegt werden, schließen die Leberwunden.

Trotz der Größe des Eingriffs hält Martin bei der Cirrhose die Entkapselung der Leber für vorteilhaft. In vorgeschrittenen Krankheitsfällen sieht er die Ursache des Ascites nicht in einer Stauung, sondern in einer Erkrankung des Peritonealendothels. Zur Bildung eines Kollateralkreislaufs hat er die Vena cava und die Venae iliacae benutzt. *Brüning* (Gießen).

Ogata, Tomosaburo, Über einen Fall von septischem Ikterus. (*Pathol. Inst., Freiburg i. Br.*) Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. **55,** S. 315—321. 1913.

Ob der septische Ikterus auf Gallenstauung oder pathologische Leberzellfunktion zurückgeführt werden muß, ist noch nicht entschieden. Verf. teilt einen Fall von septischem Ikterus bei Peritonitis nach operierter eingeklemmter Hernie mit, bei dem er, besonders mit der Eppingerschen Methode, alle Charakteristica von Stauungsikterus als Folge einer intermediären Nekrose der Leber nachweisen konnte: Besonders Durchbruch der Gallencapillaren mit Austritt der Galle in die perivasculären Lymphräume und Ausstoßung von Gallenzylindern. *Rost* (Heidelberg).

Flath, Zur Kasuistik der subcutanen Leberruptur. (*Krankenh. d. Barmherzigk., Königsberg i. P.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 75—76. 1913.

2 Fälle subcutaner Leberruptur nach Bauchkontusion kamen 4 und 5 Stunden nach der Verletzung zur Operation. Einmal Zertrümmerung von Lebergewebe an der Hinterfläche (Tamponade), das zweitemal Riß an der Vorderfläche (Naht + Tampon). In beiden Fällen Heilung. Bei Bauchdeckenspannung nach Bauchkontusion, soll so rasch als möglich laparotomiert werden. *Wittek* (Graz).

Pankreas:

Wolff, Ernst, Die chirurgische Behandlung der Pankreaserkrankungen. (*Chirurg. Klinik, städt. Krankenh., Frankfurt a. M.*) Fortschr. d. Med. **31,** S. 8—20. 1913.

Fortbildungsvortrag, den heutigen Stand der Pankreaschirurgie darstellend. *Jung* (Straßburg).

MacLennan, A., Report of three cases of pancreatitis, with two recoveries. (Bericht über 3 Fälle von Pankreatitis, von denen zwei geheilt wurden.) Glasgow. med. Journal **79,** S. 23—29. 1913.

Die 3 Fälle illustriren drei verschiedene Phasen der Krankheit.

1. Chronische Pankreatitis 34 jähr. Frau mit chronischen, intermittierenden, allmählich zunehmenden Beschwerden seit 8 Jahren. Diagnose: Cholelithiasis. Befund bei der Operation: Steine in Gallenblase, Cysticus, Hepaticus und Choledochus; Pankreas steinhart und vergrößert. Cholecystektomie, Choledochusdrainage. Komplette Heilung. 2. Sub-

acute Pankreatitis. 59jähr. Mann mit chronischen Beschwerden seit $1^1/_2$ Jahren, akute Verschlimmerung seit 2 Tagen. Diagnose Cholelithiasis und vielleicht chronische Pankreatitis. Befund bei der Operation: Gallenblase mit der Umgebung verwachsen, Steine im Choledochus. Fettgewebsnekrosen in Netz und Mesenterium, Pankreas teilweise fettig degeneriert. Cholecystostomie. Tamponade des Pankreas. Anfänglich glatter Verlauf. Am 13. Tage Darmprolaps infolge von Nahtinsuffizienz. Tod an Peritonitis. 3. Akute gangränöse Pankreatitis. 59jähr. Mann, vor 14 Tagen akut erkrankt, seit 3 Tagen mit heftigeren Beschwerden. Die Operation bestätigte die Diagnose: Akute Cholecystitis und Pankreatitis. Cholecystektomie, Hepaticusdrainage, Freilegung und Tamponade des stark geschwollenen, stellenweise nekrotischen Pankreas. Heilung.

In den 3 Fällen floß nur wenig Galle aus den drainierten Gallenwegen; der Heilerfolg der Drainage hängt also nicht mit der Ableitung der Galle von ihrem normalen Wege zusammen. Das Vorhandensein von Fettgewebsnekrosen scheint langsamere Heilung zu bedingen. Cholecystektomie ist vorteilhafter als Cholecystostomie, da Zeit sparend und bezüglich der vollständigen Entfernung der Steine größere Sicherheit gewährend. *Jung* (Straßburg).

Milz:

Noland, Lloyd, and Fred C. Watson, Spontaneous rupture of the malarial spleen. A report of 3 cases. (Spontanruptur der Malariamilz.) (*Surg. clin. at Colon hosp., Cristobal, C. Z.*) Ann. of surg. **57**, S. 72—80. 1913.

Verff. berichten über 3 Spontanrupturen der Malariamilz. In der ihnen zugänglichen Literatur konnten sie nur 4 einwandfreie Fälle finden, in den Berichten des Colon Hospitals unter 30 000 Fällen von Malaria nur 3, die sie dann ausführlicher mitteilen.

Das Krankheitsbild ist bei allen 3 Fällen ziemlich das gleiche: Plötzliches Auftreten heftiger Schmerzen in der Nabelgegend meist nach links ausstrahlend ohne jede äußere Veranlassung. Zwei von den Kranken arbeiteten noch 2 Tage weiter, der 3. kam sofort zur Aufnahme. Aufnahmebefund: Mäßiges Fieber, Leib etwas aufgetrieben, Druckempfindlichkeit unterhalb des linken Rippenbogens oder in der Nabelgegend, Spannung der linksseitigen Bauchmuskeln. In 2 Fällen Dämpfung in den abhängigen Partien, hier auch Erbrechen, das im ersten Falle fehlte. Malaria-Parasiten im peripheren Blute in 2 Fällen nachweisbar, im 3. nicht. Letzterer wurde, da Perforation eines Hohlorgans mit fortschreitender Bauchfellentzündung oder mäßiger Blutung vermutet wurde, sofort operiert. Die anderen beiden Fälle wurden zunächst abwartend mit Chinin behandelt. Zunahme der Schmerzen, Verstärkung der Bauchsymptome zwangen auch hier zum operativen Eingriff. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete einmal auf Milzabsceß, im 2. Falle auf allgemeine Peritonitis unbekannter Ursache. Der Operationsbefund war bei allen der gleiche. In der Bauchhöhle flüssiges dunkles Blut bis $1^1/_2$ l und Blutgerinnsel. Die Milzkapsel eingerissen in Länge von $^1/_2$—2 Zoll. Der Riß saß ausschließlich an der Zwerchfellseite. Aus dem Kapselriß drängten sich Blutgerinnsel, unter der Kapsel derbe Infiltration. Behandlung in 2 Fällen Tamponade, im 3. stand die Blutung schon. Säuberung der Bauchhöhle, Verschluß derselben bis auf Öffnung für Tampon. Heilung in 2 Fällen glatt. Einer der tamponierten Fälle ging an Harnverhaltung am 3. Tage zugrunde. Die Obduktion zeigte 3 Zoll langen Kapselriß an der konvexen Fläche; unter der Kapsel, sie abhebend, große Massen von Blutgerinnseln. Während hier das periphere Blut frei von Parasiten war, wies das Milzblut solche auf. In den Nieren Cysten mit strohgelbem, klarem Inhalt.

Bezüglich des Zustandekommens dieser Spontanrupturen schließen sich die Verff. der Theorie von Lidell an: Erweichung des Milzgewebes einschließlich der Gefäßwände, Stauung im Pfortadersystem, Erweiterung der Capillaren an der Milzoberfläche, Berstung derselben, Bildung eines Hämatoms unter der Kapsel, das zunehmend die Kapsel sprengt. Die Milz braucht nicht besonders groß zu sein, um solche Rupturen zustande kommen zu lassen. Verff. glauben sogar, daß gerade bei den großen Malariamilzen die bei ihnen nachgewiesene Verdickung der Kapsel und die reichliche Entwicklung von Bindegewebe im Parenchym das Zustandekommen verhindert. Der Riß soll im Gegensatz zu denen traumatischen Ursprungs immer an der konvexen Seite sitzen. Die Symptome sind die der Milzruptur, nur schwieriger zu diagnostizieren wegen des Fehlens jeglichen Traumas und der Seltenheit der Fälle. Voraufgegangene Malaria, der Nachweis von Parasiten im Blut müssen den Verdacht auf eine Spontanruptur lenken. Die Behandlung ist eine rein chirurgische, Verff.

bevorzugen die Tamponade, da die Naht bei dem brüchigen Gewebe schwierig, oft unmöglich. Die Entfernung der Milz käme nur für sehr ausgedehnte Verletzungen oder nicht zu stillende Blutung in Betracht. *Wiemann.*

Evans, Willmott H., Rupture of the spleen and liver; operation, recovery. (Zerreißung von Milz und Leber, Operation und Heilung.) Lancet **184**, S. 14—15. 1913.

Fünfzehnjähriger Junge durch einen Wagen quer über den Bauch von links nach rechts gefahren. Bauchdeckenspannung, Flankendämpfung, Erbrechen. Operation eine Stunde später. Blut im Bauchraum. Milz zeigt mehrere fast durchgehende Einrisse, wird entfernt; Leber drei kleine Einrisse tamponiert. Heilung. Nach 5 Wochen Entlassung. *Gelinsky.*

Harnorgane:

Chalier, André, et J. Murard, Note sur les rapports de l'uretère au détroit supérieur. (Über die Beziehungen des Ureters zur oberen Beckenwandung.) (*Laborat. d'anat. de la fac.*) Lyon chirurg. **9**, S. 53—57. 1913.

Die Verf., Anatomen, haben Untersuchungen über den Verlauf des Ureters in dem fraglichen, iliacalen Abschnitte angestellt, dort, wo er für Palpation und operative Berücksichtigung bei Operationen im Becken besonders in Betracht kommt. Sie besprechen seine unsicheren, wenig verwertbaren Lageverhältnisse zur Muskulatur, Mesenterium, Knochenpunkten, und kommen schließlich nach Erwähnung der sehr divergierenden Anschauungen über seinen Verlauf in Beziehung zu den großen Gefäßen, zu dem Resultat, daß in diesem letzteren Verhalten doch noch die größte Konstanz liegt, so daß es als beste Richtschnur beim Aufsuchen dienen kann. Während dabei der höher liegende linke Ureter meist die Iliaca communis kreuzt, schneidet der rechte vorwiegend die Iliaca externa an ihrer Abgangsstelle, oder etwas tiefer.

Hoffmann (Dresden).

Steward, F. J., Renal calculus. (Über Nierensteine.) Guy's hosp. gaz. **27**, S. 11—14. 1913.

Klinischer Vortrag, bespricht die Diagnose und Behandlung des Leidens: Schmerzen im kindlichen Alter fehlend, hängen beim Erwachsenen nach Art und Heftigkeit ab vom Sitz — Rinde, Becken oder Ureter — und vom Größenverhältnis zur Weite des Beckens und des Ureters. Hämaturie spricht, wenn mit Schmerzen verbunden, für Stein, sonst für Tuberkulose. Eiter findet sich nicht selten im Urin. Anurie kann vorkommen bei doppelseitiger Erkrankung, ist Grund zum sofortigen Eingriff. Palpatorische Untersuchung der Nieren darf nicht unterbleiben. Röntgenuntersuchung ist nur bei positivem Ausfall beweisend. Die Behandlung kann bei kleinen Steinen Trinkkur versuchen, bei großen kommt nur operative in Frage. Die einzelnen Punkte werden mit Fällen belegt. *Ellermann* (Danzig).

Illyés, v., Pyelotomie mit Incision der vorderen Nierenbeckenwand. (*Poliklin. Spital, Budapest.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 48—49. 1913.

Besonders bei fetten Personen und bei kurzem Nierenstiele ist die vordere Pyelotomie bequemer, da sie keine ausgedehnte Freipräparierung und Lösung der Niere erfordert. Am Ureter zieht man das Nierenbecken etwas nach abwärts und geht mit 2 anatomischen Pinzetten stumpf zum Becken vor. Die hintere Pyelotomie macht Illyés nur, wenn das ganze Nierenbecken mit Gefäßen bedeckt ist und wenn es sich um ein kleines Becken der Niere handelt. *Oehlecker.*

Tisserand, G., Décapsulation rénale dans les néphrites aiguës toxiques. (Dekapsulation bei den akuten toxischen Nierenentzündungen.) Lyon chirurg. **9**, S. 31—34. 1913.

Verf. berichtet über zwei Fälle von schwerer Quecksilbervergiftung, bei denen die auftretende Anurie in dem einen Fall nach vier, im anderen Fall nach fünf Tagen des Bestehens durch Dekapsulation einer Niere behoben wurde. Die Urinsekretion stellte sich wieder her. Die Kranken starben jedoch an der allgemeinen Vergiftung

und den Darm- und Magenblutungen. Die nur in dem einen Falle gemachte Sektion zeigte die dekapsulierte Niere von normalem Aussehen, während die andere nichtoperierte hyperämisch und von grauer Farbe war. *Kotzenberg* (Hamburg).

Rochet, V., Deux cas de cystite tuberculeuse chez des vieux. (Zwei Fälle von tuberkulöser Cystitis bei Greisen.) Lyon chirurg. **9**, S. 1—3. 1913.

Es werden zwei Fälle von schwerer Blasentuberkulose mitgeteilt, welche bei alten Leuten über 60 Jahren zur Beobachtung kamen. Beide Fälle waren mehrere Monate wegen Blasenbeschwerden behandelt worden, die auf Prostatahypertrophie zurückgeführt wurden. Seitens der Nieren bestanden in beiden Fällen keine Beschwerden. Dem Verfasser fiel auf, daß in beiden Fällen die Prostata zwar etwas vergrößert war, aber von glatter, runder Oberfläche. Dazu kam, daß sich absolut kein Residualharn fand — bei großer Häufigkeit der Miktion. Die Blase des einen Kranken gestattete die Ureterensondierung noch eben, während im anderen Fall eine zu hochgradige Schrumpfblase vorlag. Die Diagnose wurde in beiden Fällen durch den Tierversuch gestellt. Beide Fälle wurden nicht operiert. Der Verfasser weist darauf hin, daß man in ähnlichen Fällen achten soll auf große Schmerzhaftigkeit der Blase, den milchigen sehr leicht blutigen Urin und den Mißerfolg der üblichen Blasenbehandlung bei Prostatahypertrophie. Vor allem aber ist die bei Tuberkulose vorhandene Schrumpfblase wichtig für die Differentialdiagnose. *Kotzenberg* (Hamburg).

Männliche Geschlechtsorgane:

Battez, G., et L. Boulet, Action de l'extrait de prostate humaine sur la vessie et sur la pression artérielle. (Über die Wirkung von Extrakt aus menschlicher Prostata auf Blase und arteriellen Blutdruck.) (*Laborat. de physiol., fac. de méd. de Lille.*) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. **74**, S. 8—9. 1913.

Verff., anknüpfend an frühere Untersuchungen über die Wirkung intravenös injizierten Prostataextraktes beim Hunde (ebenda, Sitzung vom 4. Mai 1892, **72**, 701) haben die Wirkung eines intravenös injizierten Extraktes der Prostata eines gesunden 20jährigen Menschen, dessen Prostata 1/2 Stunde nach seiner Hinrichtung zu Extrakt verarbeitet und noch an demselben Morgen einem curarisierten Hunde eingespritzt wurde, auf Blase und arteriellen Blutdruck mit dem Manometer geprüft. Eine intravenöse Einspritzung von 10 ccm Extrakt (gleich 0,0125 g Drüsensubstanz pro kg Tier) bewirkte nach 26 Stunden eine sehr kräftige Kontraktion der Blase, welche über 15 Sekunden hin an- und über weitere 10 Sekunden hin abschwoll; die vorher spärlichen und kaum wahrnehmbaren rhythmischen Kontraktionen wurden häufiger und umfangreicher. Der Blutdruck erfuhr durch die Einspritzung eine Senkung, und zwar nach unbedeutender Steigerung von 17 auf 18 cm Hg nach 20—50 Sekunden eine Senkung von 18 auf 12 cm Hg, um dann nach neuem flüchtigen Anstieg und neuem weiteren Sturz schließlich nach 8 Minuten zur Norm zurückzukehren. Eine zweite Einspritzung, etwa 10 Minuten nach der ersten, zeigte sich weniger wirksam sowohl auf Blase wie auf arteriellen Blutdruck. *Sonntag* (Leipzig).

De Cortes, Antonio, Die angebliche Orchitis par effort vor der Pathologie, der Klinik und dem Unfallgesetz. (*Osped. magg., Bergamo.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **120**, S. 195—242. 1913.

Krankengeschichte eines 27jährigen nicht versicherten Arbeiters, der in voller Gesundheit beim Heben einer 1 m langen Zementröhre plötzlich heftige Schmerzen im rechten Hoden bekam, worauf am nächsten Tage eine Vergrößerung des Hodens fast um das Doppelte nachweisbar war. Bei dem vorher immer gesund gewesenen Patienten bestand keine Blenorrhöe, auch waren frühere venerische Erkrankungen auszuschließen. Unter Hochlagerung und Kälteanwendung Heilung in 8 Tagen. Bei der Nachuntersuchung nach vielen Monaten keinerlei Rückstand der Krankheit.

Es handelte sich um jenes Leiden, das von den Franzosen orchite oder orchiépididymite par effort genannt wird. Die entzündliche Natur dieser Erkrankung ist viel umstritten. Ihre Pathogenese wird verschieden erklärt. Nach Velpeau wird diese Orchitis bedingt durch fibröse Fasern, die vom unteren Teil des Rectus abdom. nach außen abzweigen, unter dem Samenstrang hindurchgehen und am Darmbeinkamm endigen. Durch ihre Kontraktion wird der Samenstrang wie in einem Knopfloch eingeklemmt. Nach Tillaux ist die orchite par effort die Folge einer Quetschung des Hodens gegen

das Schambein infolge von Cremasterkontraktion. Von anderen Autoren wird sie ganz geleugnet und werden die betr. Fälle, soweit es sich nicht um infektiöse Entzündungen (Tuberk., Gonorrhoe) handelt, als Folgen von Zirkulationsstörungen (Ruptur von Samen strangvenen usw.) gedeutet. Um zu einer klaren Vorstellung über die Natur des Leidens zu gelangen, gibt Verf. eine ausführliche Beschreibung des Krankheitsbildes, erörtert dann eine Reihe von Läsionen des Hodens durch Kontusion und Zirkulationsstörungen (Infarkt, Torsion des Samenstrangs, Hodeneinklemmung, Hämatocele und Hämatom des Samenstrangs und stellt ihnen gegenüber die Symptomatologie und die pathologisch-anatomischen Veränderungen der echten Epididymitis und Orchitis. Auf Grund der klinischen Erscheinungen bei der sogen. orchite par effort kommt er zu dem Schluß, daß es sich bei dieser Hodenanschwellung nicht um eine Entzündung handele, daß hier überhaupt kein einheitliches Krankheitsbild vorliege, sondern daß solche Fälle auf venöse Stauungen und hämorrhagische Erscheinungen aus verschiedenen Ursachen zurückzuführen seien. Verf. vergleicht die Hodenschwellung nach Anstrengung mit den Gefäßerweiterungen und Stauungsblutungen bei der sogen. tête bleue. Durch forcierte Inspiration bei geschlossenem Luftröhrenspalt können in den klappenlosen Venen des Samenstrangs Zirkulationsstörungen auftreten, die zuweilen nur zu kongestioneller Schwellung des Hodens, gelegentlich aber durch Blutungen in und um den Nebenhoden auch zu den an Epididymitis erinnernden hämorrhagischen Zuständen führen. Es folgen differentialdiagnostische, prognostische und therapeutische Bemerkungen, und zum Schluß wirft Verf. die Frage der Entschädigung solcher Fälle durch die staatliche Versicherung (unter besonderer Berücksichtigung der italienischen Gesetzgebung) auf. Fälle, die rein traumatisch entstanden sind, müssen zweifellos entschädigt werden. Schwieriger ist die Entscheidung, wenn das Trauma nur als „ermöglichende Ursache“ anzusehen ist, wenn dadurch ein schon vorher bestehender pathologischer Prozeß z. B. eine Tuberkulose verschlimmert oder manifest geworden ist. Nach Verf. sollte die Entschädigung nach der Differenz zwischen der durch das Trauma bedingten absoluten Erwerbsunfähigkeit und der aus der vorher bestandenen Läsion sich ergebenden partiellen Invalidität bemessen werden. Nach dem bestehenden italienischen Gesetz wird aber (im Einklang mit der Rechtsprechung des deutschen Reichsversicherungsamtes), der Anspruch auf Entschädigung bei traumatischen Affektionen nicht durch den vorhergegangenen krankhaften Zustand beschränkt.

Kempf (Braunschweig).

Français, R., Ectopie testiculaire périnéale avec hernie inguinale étranglée, kélotomie, cure radicale, reposition du testicule, guérison. (Ectopia testis perinealis mit eingeklemmter Leistenhernie, Bruchschnitt, Radikaloperation, Rückverlagerung des Hodens. Heilung.) Arch. de méd. d. enfants **16**, S. 37—40. 1913.

6 Wochen altes Kind mit eingeklemmtem rechtsseitigem Leistenbruch und einer Ectopia perinealis des rechten Hodens. Die abnorme Lage des Hodens war schon von der Mutter gleich nach der Geburt festgestellt; von einem Bruch war damals noch nichts zu sehen. Radikaloperation des Bruches, Lösung des Hodens, der durch einen Strang fixiert war und Einschieben desselben in die vorher mit dem Finger geweitete, rechte Scrotalhälfte. Verf. verweist auf die Monographie von Klein, Paris 1906. Diese Form der Lageanomalie nach dem After nahe der Raphe ist die häufigere und nicht durch eine Hemmung bei der Wanderung des Hodens, sondern durch eine Abweichung vom Wege bedingte. Deshalb auch keine Verkürzung des Samenstrangs, und daher auch keine Fixierung des Hodens im Hodensack notwendig. *Kaerger* (Berlin).

Eccles, W. McAdam, Ectopia testis. West London med. journal **18**, S. 1—6. 1913.

Verf. gibt eine Übersicht über die Erscheinungen des unvollkommenen Descensus testis, also der Retention und der eigentlichen Ektopie des Hodens. Von letzterer unterscheidet er die Ectopia perinealis, femoralis, superficialis inguinalis, cruroscrotalis und praepenialis. Ursache der Verlagerungen sind abnorm verlaufende Fasern des Leitbandes, die den Hoden bei der perinealen Form (normale Lage beim Schwein) in die Gegend zwischen Anus und Tuber ischii, bei der femoralen wahrscheinlich durch den

äußeren Leistenring, nicht den Schenkelkanal in das Scarpasche Dreieck, bei der präpenialen Form (normale Lage bei den Beuteltieren) an die Wurzel des Penis ziehen. In gleicher Weise wird der Hoden bei der superficial-inguinalen Ektopie durch den Leistenkanal nach außen oben auf die Aponeurose des Obliquus ext. und bei der cruro-scrotalen, gewöhnlich von einer Hernie begleiteten Verlagerung in eine nicht von Tunica dartos umkleidete Tasche zwischen Scrotum und Oberschenkel gezogen. Die Operation ist leicht beim perinealen und femoralen Hoden wegen der genügenden Länge des Samenstranges, schwerer in den anderen Fällen. Komplikationen der Ectopia testis sind traumatische oder infektiöse (gonorrhoische) Orchitiden, nach denen häufig Hydrocelen zurückbleiben, ferner Hernien (z. B. die präaponeurotische Form der interstitiellen Leistenhernie bei der Ectopia superficialis inguinalis) und Neubildungen. Der Arbeit sind Illustrationen der verschiedenen Formen von Ektopie beigegeben. *Kempf.*

Schumacher, Eitrige Funiculitis. Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg. **17,** S. 18 bis 19. 1913.

Eine hochfieberhafte, zum dritten Male rezidivierende einem eingeklemmten Leistenbruch ähnliche Erkrankung eines Eingeborenen aus Deutsch-Ostafrika erweist sich bei der Operation als eitrige Funiculitis. Der bis zu einem Durchmesser von 7 cm verdickte, derbe, entzündlich gerötete und von zahlreichen stark gefüllten Gefäßen überzogene Samenstrang zeigte nach Spaltung in der Längsrichtung zahlreiche erbsen- bis pfefferkerngroße, eitrige Abscesse und sülzige, gallertige Gewebsstreifen eingelagert in entzündete Bindegewebsmassen. „Vielleicht kommen wiederholt überstandene Tripper ätiologisch in Betracht.“ Über Filarienbefunde wird nichts erwähnt. *zur Verth* (Kiel).

Weibliche Geschlechtsorgane:

Beyer, Ein Fall von spontaner Uterusruptur in der Schwangerschaft. (*Landkrankenh., Hanau.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 25—27. 1913.

Eine 20jährige II para, bei welcher $1^1/_2$ Jahre vorher im Anschluß an eine Lösung der Nachgeburt in fieberhaftem Wochenbett ein Klumpen einer schwärzlichen, stinkenden Masse sich abgestoßen hatte, erkrankte $2^1/_2$ Monate nach Ausbleiben der Menses unter schweren ileusartigen Erscheinungen, deren Ätiologie durch die klinische Untersuchung nicht festgestellt werden konnte; auffällig erschien nur, daß der Uterus fast bis zum Nabel reichte und auf Druck schmerzhaft war. Auf wiederholte Einläufe schwanden die Ileussymptome äußerst rasch. 6 Tage später bei vollkommenem Wohlbefinden plötzlich Erscheinungen einer Uterusruptur (Verschwinden des Uterus, Dämpfung in den abhängigen Bauchpartien, blasses Aussehen, kleiner frequenter Puls). Bei der Laparotomie zeigte sich der Uterus in fast ganzer Ausdehnung quer rupturiert; ein weiterer Riß setzte sich von rechts oben nach unten und der Mitte derart fort, daß ein Lappen aus der vorderen Uteruswand ausgesprengt erschien; der 15 cm lange Foetus lag frei in der Bauchhöhle. Totalexstirpation des Uterus mit Drainage nach Scheide; nach gutem Heilungsverlauf Entlassung nach 4 Wochen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab an der Rupturstelle eine enorme Verdünnung der qualitativ nicht veränderten Muskulatur, anscheinend im Anschluß an die Sequestrierung eines größeren Stücks der Uteruswand im ersten Wochenbett. Ähnliche Vorgänge finden sich in den bisher bekannten 72 analogen Fällen von Uterusruptur in der Schwangerschaft nur zweimal, dürften aber doch wohl als Folge fieberhaft verlaufender manueller Placentarlösungen in der Genese der bisher noch recht dunklen verhängnisvollen Schwangerschaftskomplikation zumeist eine bedeutsame Rolle spielen. Die in dem Fall beobachteten prämonitorischen Ileussymptome können als reflektorische Begleiterscheinung der drohenden Uterusruptur gedeutet werden, sofern sie nicht Ausdruck eines nach der Ruptur nicht mehr nachweisbaren Adhäsionsileus, bedingt durch Verklebung einer Darmschlinge mit der veränderten Uteruswand, waren. *Kayser* (Köln).

Rouville, de, Des bartholinites. (Die Bartholinitis.) (*Clin. de Montpellier.*) Sem. gynécol. **18,** S. 4—6. 1913.

An zwei Schulfällen werden Pathologie und Therapie der akuten und der chronischen Bartholinitis ausführlich besprochen. Für die akute wird die Behandlung nach Verchère empfohlen, die am besten den Absceß zur Ausheilung bringen und Recidiven und Fisteln vorbeugen soll. Man spaltet den Absceß breit, reseziert ein möglichst

großes Stück der Absceßwand und spült die Höhle mit Desinfizientien gründlich aus. Bei der chronischen Bartholinitis wird die dauernde Ansteckungsgefahr beim sexuellen Verkehr hervorgehoben und zur Exstirpation der Drüse geraten unter Hinweis auf dabei vorkommende starke Blutungen. Wenn die Operation abgelehnt wird, sollen Injektionen von alkoholischer Salicylsäurelösung durch den Ausführungsgang zuweilen zum Ziele führen. *Hochheimer* (Berlin-Schöneberg).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Lenormant, Ch., Les tentatives de dérivation lymphatique dans le traitement des états éléphantiasiques des membres. (Versuche zur Ableitung der Lymphe bei der Behandlung elephantiastischer Zustände der Gliedmaßen.) Presse méd. **21**, S. 53—55. 1913.

Nachdem man erkannt hatte, daß die Elephantiasis aus einer Lymphstauung in der Haut und dem Unterhautfettgewebe hervorgeht, richteten sich die Bemühungen darauf, dem Lymphabfluß neue Wege zu schaffen. Lenormant zählt eine Reihe von Vorschlägen, die zu diesem Zweck gemacht sind, auf, ohne jedoch über eigene Erfahrungen mit einer dieser Methoden zu berichten. Der Aufsatz ist rein historisch, berücksichtigt in der Hauptsache die Vorschläge der letzten Jahre und bringt kurze Mitteilungen über Erfahrungen, welche andere Autoren mit ihnen gemacht haben. Das Verfahren von Handley, der Seidenfäden implantierte, an denen entlang der Lymphstrom sich ergießen sollte, ist von anderen nachgeprüft worden, zum Teil mit Erfolg; es krankt daran, daß nur die oberflächlichen Schichten entlastet werden, und die Fäden mitunter sich abstoßen. Lanz erkannte dann, daß die Aponeurose ein Hindernis bildet, das die Lymphe aus den äußeren Schichten der Extremität hindert, in die Tiefe abzufließen; er legte Streifen der Fascie in Bohrlöcher des Femur, in welche die Lymphe floß. Weitere Versuche von Oppel und Rosanow führten allmählich zu einer Vereinfachung dieses etwas komplizierten Verfahrens, bis Kondoléon sich darauf beschränkte breite Fascienstreifen auszuschneiden und auf diese Weise eine Kommunikation zwischen dem Lymphgebiet der äußeren und der tieferen Schicht herzustellen; in 6 Fällen veralteter Elephantiasis erzielte er Heilung, freilich weiß L. nicht, ob diese von Dauer war. Er erwähnt dann noch einen Fall von Krogius, in dem dieser bei Elephantiasis des Scrotums mit Erfolg die Tunica vaginalis umdrehte, so daß die Serosafläche nachaußen sah und den Lymphstrom aus der Scrotalhaut aufnahm. *Herzfeld* (Berlin).

Obere Gliedmaßen:

Carmichael, E. Scott, Primary sarcoma of both biceps muscles. (Primäres Sarkom im Biceps beider Arme.) Brit. med. journal **2714**, S. 15. 1913.

Die als primäres Sarkom beider Muskeln bezeichnete Geschwulst wurde zuerst am rechten, 3 Monate später am linken Arm sichtbar. Nach 14tägiger antisyphilitischer Behandlung wurden die Tumoren operativ entfernt, der linke etwa haselnußgroß aus einer gut abgrenzbaren Kapsel, der rechte, hühnereigroße mitsamt einem größeren Abschnitt des M. Biceps. Die mikroskopische Untersuchung ergab ungleichmäßig geformte Zellen mit geringem Stroma, keine Hämorrhagien und keine Nekrosen (Rundzellensarkom). Nach 3 Monaten fand sich noch kein Rezidiv. *Bergemann* (Berlin).

Künne, Bruno, Die Kombination der „angeborenen“ Luxation des Radiusköpfchens mit der Littleschen Krankheit. *(Orthop.-chirurg. Klinik d. Berlin-Brandenburg. Krüppelheil- u. Erzieh.-Anst.)* Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31,** S. 138—154. 1913.

Verf. beschreibt 3 Fälle von Littlescher Krankheit, welche mit Luxation des Radiusköpfchens kombiniert waren. Er wirft die Fragen auf: 1. ist die Luxation des Radiusköpfchens als angeboren zu betrachten oder nicht, 2. besteht ein Zusammenhang zwischen der Littleschen Krankheit und der Luxation oder ist es nur ein Spiel des Zufalles. ad 1. An Hand der Anamnese, der Untersuchung und den Röntgenbildern kann Verf. keine überzeugenden Umstände finden, welche eine angeborene Luxation des Radiusköpfchens als wahrscheinlich erkennen lassen, im Gegenteil, er

findet mehr Momente, welche gegen den kongenitalen Charakter der Affektion sprechen. ad 2. Die Veröffentlichungen verschiedener Autoren haben zur Genüge dargetan, daß alle Nervenerkrankungen, welche spastische und paralytische Lähmungen zur Folge haben, durch abnorme Muskelzüge ebensogut wie zu Contracturen, Knochenverschiebungen und anderen Deformitäten, auch zu Gelenksausrenkungen führen können. Wenn auch diese Arbeiten sich vorwiegend mit anderen Gelenken — hauptsächlich dem Hüftgelenk — befassen, so steht Verf. doch nicht an, die beiden von ihm beschriebenen Fälle als Folgen der Littleschen Krankheit anzusprechen und nicht für zufällige Begleiterscheinungen zu halten. Er hält den von anderer Seite gemachten Vorschlag, diese Luxationen als „spastische" zu bezeichnen, für sehr gut und weist daraufhin, alle Luxationen, welche man kombiniert mit spastischen oder paralytischen Lähmungen findet und welche oft ohne weiteres als kongenital angesehen werden, kritisch zu betrachten, ob sie nicht den beschriebenen Luxationsformen zuzurechnen sind. *Engelhard* (München).

Trillmich, F., Beitrag zur Madelungschen Deformität. *(Dr. Adolf Alsbergs chirurg.-orthop. Priv.-Klinik, Cassel.)* Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31**, S. 69—80. 1913.

Auf Grund mehrerer Beobachtungen, bei denen sich Cubitus valgus und eine Verbiegung des Radius vorfand, kommt Trillmich zu der Ansicht, daß diese Handgelenksdeformität rein mechanisch entstanden zu denken ist. Lageveränderung durch Cubitus valgus, Muskelzug und verringerte Knochenfestigkeit sind ihre Ursachen. Die Hauptdeformierung betrifft den Radius, der um seine Längsachse gedreht, unlnar und volar konkav verkrümmt ist. Keilresektion aus seinem distalen Ende mit entsprechender Korrektur der Stellung und medico-mechanische Nachbehandlung ergeben gute Resultate. *Duncker* (Cöln a. Rh.).

Untere Gliedmaßen:

Vaquié, G.-E., Traitement chirurgical des varices des jambes. (Chirurgische Behandlung der Schenkelvaricen.) Presse méd. **21**, S. 13. 1913.

Vaquié-Rosario nennt seine Methode die Exstirpation „par renversement". Es ist dasselbe Prinzip, das Babcock für die Exstirpation der Saphena angegeben hat, nur daß V. vorwiegend die Varices am Unterschenkel selbst exstirpiert und dazu die Knopfsonde vom inneren Knöchel aus in der Saphena nach oben, meist bis in Höhe der Femurkondylen führt. Der Eingriff wird in Lumbalanästhesie vorgenommen. *Jüngling* (Tübingen).

Judet, La coxa vara, ses rapports avec les fractures et les décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur. (Die Coxa vara in ihren Beziehungen zu den Frakturen und Epiphysenlösungen des oberen Femurendes.) Rev. d'orthop. **24**, S. 55—64. 1913.

4 Beobachtungen. 2 Fälle von lateraler Schenkelhalsfraktur bei Jugendlichen, 13½ und 11 Jahre; der erste gelangte unter Bettruhe und Extensionsbehandlung zu idealer Heilung, bei dem zweiten entstand eine Coxa vara traumatica infolge zu früher Belastung. Refraktion in Narkose unmöglich. 2 Fälle von essentieller Coxa vara (14½ und 12 Jahre), der erste einseitig, durch Trauma verschlimmert, der zweite doppelseitig, hat nie ein Trauma erlitten. Bei beiden fand sich eine Abbiegung des Schenkelhalses im Trochanterbereich. Starke Knochenatrophie, aber keine Verschiebung des Kopfes. Judet will diese Fälle von jenen, die mit einer Verlagerung des Kopfes einhergehen, absondern. Beide Patienten hatten in der Kindheit an Diphtherie gelitten. *Frangenheim* (Leipzig).

Schwartz, Édouard, Sarcome à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du fémur. Résection du genou. Résultat au bout de 18 ans. Absence de récidive. Pseudarthrose. Marche très facile. (Riesenzellensarkom am unteren Femurende.) Resektion des Kniegelenkes. Resultat: nach 18 Jahren kein Rezidiv, Pseudarthrose, Gang nicht behindert.) Rev. d'orthop. **24**, S. 71—73. 1913.

Der Inhalt der Arbeit geht aus dem Titel hervor. Der Tumor war in das Kniegelenk eingebrochen. Das Gelenk wurde unter der Diagnose Tuberkulose reseziert. *Frangenheim* (Leipzig).

Spencer, Walter G., Note on a case of fracture of the patella in a patient suffering from locomotor ataxia. (Fall einer Patellarfraktur bei einem Tabiker.) Lancet **184,** S. 99. 1913.

Verf. operierte 1907 eine Patellarfraktur bei einem Tabiker. Die Fragmente, die 3 Zoll auseinander gewichen waren, wurden durch Silberdrahtnähte vereinigt. 3 Monate nach der Operation fiel Pat. abermals. Er zog sich eine Fibularfraktur desselben Beins zu und die Silberdrahtnähte lockerten sich. Trotzdem war der Dauererfolg ein guter. Bei der Nachuntersuchung nach einem Jahr waren die Fragmente mit nur einfingerbreiter Diastase teils bindegewebig, teils knöchern verheilt. Pat. konnte gut gehen. *Hinz* (Lichterfelde).

Chiray, M., et Mathilde Michelowsky, L'hydarthrose intermittente périodique. (Periodisch intermittierende Hydrarthrose.) Paris méd., S. 152—156. 1913.

Nach Ansicht der Verff. fehlt bisher jede pathologisch-anatomische Untersuchung. In 3 Fällen sind bis jetzt mittels Röntgenstrahlen Untersuchungen gemacht worden, darunter der von den Verff. kurz mitgeteilte und durch 4 Röntgenbilder dargelegte Befund. Es handelt sich um Exostosen am Condylus, Rauhigkeiten, Einkerbungen an den Gelenkflächen und Verknöcherung im Bereich des Kapselapparates des Kniegelenks. Eingehend besprechen hierauf die Verff. die Ätiologie der Krankheit, wobei sie auf Grund gemachter Experimente und Erfahrungen zu der Überzeugung kommen, daß die Krankheit durch die Tuberkulose und nicht durch eine Erkrankung der Vasomotoren hervorgerufen werde. Für die Entstehung des Mechanismus werden 2 Hypothesen aufgestellt und des weiteren erörtert. 1. Erscheinungen von Anaphylaxie an den befallenen Gelenken. 2. Gegenreaktion des Körpers, wobei die serösen Gelenkflächen die Toxine zerstören. Außerdem werden für die Richtigkeit der Theorie noch typische symptomatische Erscheinungen, wie man sie bei Tuberkulösen beobachtet, angegeben. Die tuberkulöse Erkrankung der Schilddrüse kann das Krankheitsbild ebenfalls erzeugen und muß operativ behandelt werden. Nähere Besprechung der Diagnose ergibt als wesentliche Faktoren intermittierende und regelmäßig periodisch auftretende artikuläre Krisen. Kurze Besprechung der differential-diagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen der Kniegelenke bei Sumpffieber, Osteomyelitis, Syphilis, Tabes und akutem Gelenkrheumatismus.

Behandlung: Das Arsen scheint die besten Resultate zu geben. *Grune* (Köln).

Schönenberg, Max, Beitrag zur Arthrodese des Fußgelenks. (*Chirurg. Univ.-Klinik, Bonn.*) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31,** S. 17—45. 1913.

An der Garrèschen Klinik zu Bonn ist in 9 Fällen bei Kindern nach der von Cramer im Jahr 1910 veröffentlichten Methode die Periostknochenüberpflanzung auf das Talocruralgelenk mit gleichzeitiger Gelenkverödung zwecks Versteifung des Fußgelenks vorgenommen worden. Bei der Beurteilung der Methode scheidet ein Fall wegen Infektion aus. Von den restierenden 8 Fällen war die Funktion in 1 Fall unbefriedigend, in 3 Fällen befriedigend und in 4 Fällen gut. Von 5 Fällen, die längere Zeit beobachtet wurden, zeigten 4 ein gutes Resultat. Nach den Erfahrungen des Verf. ist es möglich, den Fuß durch Überpflanzung eines Periostknochenlappens im Sprunggelenk knöchern zu ankylosieren. Die Fixierung nimmt entsprechend der Volumenvermehrung des Knochenspans zu; der frei transplantierte Periostknochenlappen wächst fast regelmäßig an. Die Ankylosierung des Lisfrancschen Gelenks ist bei rechtwinkliger Stellung des Fußes zu vermeiden. Es empfiehlt sich, einen breiten und dicken Periostknochenstreifen zu überpflanzen. Die Kombination der Arthrodese durch Gelenkverödung mit der durch Transplantation führt wahrscheinlich schneller zur Ankylose als jede einzelne. Verkürzung des Beins kann man bei Fußlähmung durch Ankylosierung des Fußes in mehr oder weniger plantar flektierter Stellung ausgleichen. Dieser Ausgleich empfiehlt sich, da dann die Zehenballen — die Drehfläche beim normalen Gang — auch die Drehfläche des ankylosierten Fußes bilden. Ein feststehender, steiler Calcaneus beeinträchtigt das Resultat der Arthrodese nicht. *Bibergeil* (Berlin).

Baisch, B., Bau und Mechanik des normalen Fußes und des Plattfußes. Beitrag zur Kenntnis derselben auf Grund von Röntgenuntersuchungen. (*Chirurg. Univ.-Klinik, Heidelberg.*) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31,** S. 218—253. 1913.

Baisch hat systematische, vergleichende Röntgenuntersuchungen von normalen Füßen und von Plattfüßen im unbelasteten und im belasteten Zustand vorgenommen. I. Überblick über die Statik und Gelenkmechanik des Fußes im wesentlichen nach R. Fick. Das Fußgewölbe besteht aus einem inneren und äußeren Bogen. Metatarsale I—III und Metatarsale IV—V bilden die beiden vorderen Streben, die nach hinten konvergieren und sich zu einem einzigen Gewölbebogen vereinigen — Talus und Calcaneus.

Die Aufnahmen wurden in einem eigens konstruierten Gestell gemacht, das das Auswechseln der Platten gestattete, ohne daß der Fuß bewegt wurde. Fokusabstand 50 cm. 1. Seitliche Aufnahmen (tibiofibular). Am normalen Fuß sieht man bei der Belastung ein gleichmäßiges Tiefertreten aller Knochenteile. Kein Flachlegen des Calcaneus. Keine Verschiebung des Talus auf dem Calcaneus. Ganz geringe Pronation des Naviculare. Beim Valgus dagegen starkes Heruntersinken der medialen Knochenreihe, Überlagerung des Taluskopfes über den Processus ant. calcanei, Vortreten des Talus aus der Malleolengabel nach vorn, Einwärtsrotation des Unterschenkels. Kein Flachlegen des Calcaneus. Die obere Begrenzungslinie ist beim belasteten Valgus leicht nach aufwärts gebogen. Lockerung der Verbindung zwischen Talus und Naviculare. Pronation des Naviculare. Beim Planus vor allem Senkung des vorderen Teiles des Calcaneus. 2. Aufnahmen von oben: Beim unbelasteten normalen Fuß bildet die Achse des Calcaneus mit der Richtlinie einen nach vorn offenen Winkel. Beim Valgus laufen beide Linien parallel oder nach vorn konvergent. Malleolus lateralis steht normal hinter dem medialen, beim Valgus vor demselben. Beim Valgus überragt der vordere Rand des Talus den des Calcaneus nach vorn (normal in einer Linie). Die Naviculare ist keilförmig. Bei Belastung tritt eine Verschiebung des hinteren Fußabschnittes nach einwärts ein, beim Valgus bedeutend stärker als beim normalen. Der Vorderfuß beharrt dabei auf dem Boden, nur die Basis der Metatarsalien wird mit nach einwärts verschoben, es resultiert eine Abbiegung des Fußes nach außen: Pes abductus. 3. Frontodorsale Aufnahmen. Auch beim normalen belasteten Fuß tritt ein geringes Umlegen des Calcaneus ein, viel stärker beim Valgus. Die Fläche des Talocruralgelenkes bleibt immer horizontal.

II. Entstehungsmechanismus. Bei der Belastung wird das Schwergewicht mehr nach innen gelegt. Der Calcaneus wird auf der Innenseite stärker belastet, das Sustentaculum gesenkt. Mit der Pronation des Calcaneus ist zwangsweise Abduction und Dorsalflexion verbunden und damit zwangsweise die entgegengesetzte Stellung des Talus. Dem wirken beim normalen Fuß die Muskeln der medialen Seite entgegen, die bei feststehendem Vorderfuß die Malleolengabel und den Talus etwas nach außen drehen. Beim Valgus dagegen tritt mit der Pronation des Calcaneus Plantarflexion und Adduction des Talus ein: er sinkt nach vorn medialwärts, der Calcaneus gleitet unter ihm fort. Das Naviculare macht die Pronation des Calcaneus und des Cuboids mit. B.s Auffassung vom Fußgewölbe entspricht der von Lorenz und Engels. B. glaubt aber nicht, daß der äußere Bogen die Hauptlast trägt (Lorenz). Die habituelle Spreizstellung der Füße ist nicht Ursache (Meyer, Hoffa, Riedinger), sondern Folge des Valgus. Das Primäre am Valgus ist die Pronation des Calcaneus, dem das Abgleiten des inneren Bogens erst folgt. Das Einsinken des äußeren Bogens entspricht der seltneren Form des Pes planus. *Schede* (München).

Reiner, Hans, Beiträge zur Architektur des Calcaneus. (*Univ.-Poliklin. f. orthop. Chirurg., Berlin.*) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31,** S. 155—175. 1913.

Infolge von Stellungsanomalien des Fußes, von veränderter Zugrichtung und Zugintensität der am Calcaneus inserierenden Muskeln und Bänder, ferner infolge veränderter Funktion ändern sich die statischen Bedingungen, denen das Fersenbein unterworfen ist und mit ihnen seine innere Architektur. Die neugebildete Struktur gehorcht denselben Gesetzen wie die normale, die Umwandlung geschieht genau im Sinne der von der graphischen Statik konstruierten Linien. Das zeigt Reiner an Röntgenbildern pathologisch veränderter Fersenbeine, die in Seitenlage aufgenommen wurden. So findet man beim Hackenfuß, daß das von der Facies articularis posterior und dem Sulcus calcanei nach dem Tuber verlaufende System von Knochenbälkchen

steiler gestellt wird und sich ein von unten nach oben gerichtetes neues System ausbildet, das auf einem normalerweise nicht vorhandenen Druck gegenüber dem Talus beruht. Beim Spitzfuß hypertrophiert das vom Sulcus calcanei normalerweise senkrecht nach abwärts ziehende Bälkchensystem. Eine beträchtliche Verdichtungszone an der Facies posterior und am Grunde des Calcaneus finden sich regelmäßig beim Plattfuß. An 2 Fällen von früherer Talusexstirpation konstatiert R. ein exzessives Höhenwachstum des Calcaneus, Schrägstellung seiner Längsachse und Abschleifen des spitzen Vorsprungs am vorderen Teil zwecks Erzielung besserer Beweglichkeit im Chopartschen Gelenk; der Ausgangspunkt der Belastungskomponenten ist in den Calcaneus verlegt. Endlich wurden 2 Fußamputationsstümpfe bezüglich der Calcaneusstruktur untersucht. — Im ganzen ergaben die Untersuchungen, daß eine Änderung von Größe und Richtung der Belastung Veränderungen von Form und Architektur im Gefolge hat. Vermehrter Druck bewirkt Hypertrophie der vorhandenen und Ausbildung neuer Liniensysteme, verminderter Druck führt Atrophie und Schwund herbei. *Peltesohn* (Berlin).

Wohlauer, Franz, Beitrag zur Frage der Köhlerschen Erkrankung des Os naviculare pedis. (*Univ:-Poliklin. f. orthop. Chirurg., Berlin.*) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31,** S. 125—137. 1913.

Verf. berichtet über 3 Patienten, die im Alter von 4 resp. 5 Jahren mit Schmerzen am Fuß erkrankten, bei denen die Untersuchung Schwellung und Rötung in der Gegend des Os naviculare ergab, und die Röntgenaufnahme als anatomisches Substrat des Leidens ein nach Form, Größe, Dichtigkeit und Struktur schwer verändertes Os naviculare pedis nachwies. Die Beschwerden gingen unter indifferenter Behandlung zurück, und auch das anatomische Bild nahm allmählich ein normales Aussehen an.

Nach Wohlauer ist die anatomische Grundlage des Leidens auf eine fehlerhafte Anlage resp. einen Fehler im Verknöcherungsmechanismus zurückzuführen, der sich, da im Laufe der Zeit ein vollkommen normales Bild entsteht, allmählich ausgleicht und so einen in Form, Größe und Struktur regelrechten Knochen entstehen läßt. Zur Zeit des Mißwachsens handelt es sich aber um einen geschädigten, geschwächten Knochen. Trifft diesen primär minderwertigen Knochen nun ein leichtes Trauma, so reagiert er darauf stärker als ein gesunder, und die Ausfallserscheinungen, Schmerzen, Schwellung und Rötung treten auf. Das Wesen der Köhlerschen Krankheit ist demnach so aufzufassen, daß eine primäre fehlerhafte Bildung des Os naviculare vorliegt, während die Beschwerden durch ein leichtes Trauma ausgelöst werden. *Bibergeil* (Berlin).

Nobe, Ein seltener Fall von Luxation im Talonaviculare-Gelenke. (*Marinelaz., Cuxhaven.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **120,** S. 379—386. 1913.

Nobe hat Gelegenheit gehabt, eine der sehr seltenen — es waren bisher nur 11 Fälle veröffentlicht — Verrenkungen im Talonaviculargelenk zu behandeln. Die nach dem klinischen Befund vermutete Diagnose wurde durch die Röntgenaufnahmen sichergestellt: Im Zusammenhang mit dem ganzen Mittel- und Vorderfuß war das Kahnbein derart nach innen luxiert, daß sein laterales Ende bis über die Mitte der Gelenkfläche des Talus nach innen verschoben stand; und bei seitlicher Aufnahme anderseits konnte man erkennen, daß der Gelenkspalt zwischen Sprung- und Kahnbein verdeckt war durch einen weit nach hinten ragenden Knochenteil, durch den inneren Teil des luxierten Kahnbeines: also eine reine Verrenkung nach innen. Die vollständige Reposition gelang erst in kurz aufeinander folgenden zweimaligen Narkosesitzungen. Das funktionelle Resultat nach Beendigung der Behandlung, die darin bestand, daß der Kranke nach zunächst 8tägiger Ruhigstellung des Beines weitere 8 Tage im Bett den Fuß bewegte und später mit entsprechender Einlage noch einige Wochen mediko-mechanisch übte, ist ein gutes: der Mann wurde wieder dienstfähig.

Besonders hervorgehoben wird die Geringfügigkeit des die Luxation auslösenden Traumas; die Verrenkung trat ein, indem der Mann vom Fahrdamm aus in schnellem Lauf auf den Fußsteig und dabei auf einen kantigen Stein sprang, infolgedessen der Fuß umknickte. Allerdings ist N. der Meinung, als prädisponierendes Moment hierbei eine Verstauchung ansprechen zu dürfen, die der Kranke mehrere Jahre vorher an demselben Fuße erlitten hatte. *Knoke* (Wilhelmshaven).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete

Band I, Heft 3 S. 89—136

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Dilger, Anton, Über Gewebskulturen in vitro unter besonderer Berücksichtigung der Gewebe erwachsener Tiere. (*Chirurg. Univ.-Klinik, Heidelberg.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **120**, S. 243—264. 1913.

Dilgers Arbeit beschäftigt sich auf Grund der bisher vorliegenden Veröffentlichungen und eigener Erfahrung mit der Frage, ob die bei Gewebskulturen erwachsener Tiere beobachteten Vorgänge, wie sie vornehmlich von Burrows und Carell beschrieben werden, als wirkliches Wachstum anzusehen sind, d. h. ob wirklich Aussprossung oder Zellteilung vorliegt, ob sich alle Gewebe in typischer Weise an dem Vorgang beteiligen und ob das Resultat des Wachstums eine organische Form darstellt. Bei der Gewebskultur soll ein aktives Wachstum der Zellen vom Gewebsstücke aus charakteristisch sein. An Kulturen embryonaler Gewebe konnte bisher eine Umwandlung von Rundzellen in Spindelzellen beobachtet werden. Nerven- und Mesenchymzellen von Hühnerembryonen besitzen die größte Wachstumtendenz. Die Beobachtung, daß erwachsenen Tieren entnommenes Gewebe Wachstum in vitro zeigt, steht in Widerspruch mit Beobachtungen bei Wundheilungen an Organen. Wir wissen z. B., daß eine Neubildung von Milzparenchym in Milzwunden ganz ausgeschlossen ist, ferner, daß eine Regeneration funktionstüchtigen Nierenparenchyms in einer Narbe nicht stattfindet. In den bisherigen Veröffentlichungen über Kulturversuche fehlen detaillierte Angaben und das genaue Alter der Versuchstiere; letzteres zu kennen wäre gerade sehr wichtig. Carell und Burrows beobachteten Volumzunahme der Präparate, Auftreten karyokinetischer Zellteilungsfiguren und zweierlei Zellformen, die sie als Bindegewebs- und Epithelzellen ansehen, wiewohl sie selbst zugeben, kein Kriterium zu besitzen, das eine Entscheidung sicher zuläßt. Das Auftreten von epithelialen Zellen am Rande von Nieren- und Leberstückchen erwachsener Tiere konnte Dilger nicht bestätigen; wenn sich derartige Zellen fanden, so waren es stets bei der Präparation dorthin verschleppte Zellen. Dagegen fanden sich an der Peripherie der Gewebsfragmente immer große Mengen von Zwischengewebs- und Wanderzellen. Die bisher beschriebenen epithelialen „Sprossungen" sieht D. als Täuschung an; es sollen nach unten unter das Präparat geschlagene und allmählich an die Oberfläche gelangende Ausläufer des Präparates sein. Kulturen von Epiphysenknorpel, selbst nur 6 Tage alter Hunde, zeigten fast keine Volumsvermehrung, wiewohl eine solche gerade bei diesem resistenzfähigen Gewebe am ehesten zu erwarten gewesen wäre. Daß hier die sogenannten Wachstumserscheinungen fehlten, beruht eben darauf, daß in dem festem Gewebe des Knorpels kein Auswandern von Zellen stattfindet, somit auch keine scheinbaren Wachstumserscheinungen auftreten können. Auch das widerstandsfähige Periost ließ nur einen schmalen Hof ausgewanderter, spindelförmiger und polygonaler Zellen erkennen. Geradezu enorme Zellauswanderung zeigten Milzkulturen. Bezeichnend ist, daß alle neuen Versuche und Gewebskulturen in vitro fast nur mit Milzgewebe oder Knochenmark vorgenommen wurden. Je lockerer eben das Gewebe, desto größer die Zellauswanderung und die sogenannte Wachstumserscheinung. Auch das Auftreten von Karyokinesen, welche D. bei seinen Versuchen nur vereinzelt beobachten konnte, spricht nicht für wirkliches Wachstum, da in fast allen Organen auch erwachsener Körper normalerweise Karyokinesen sich finden. Die Zählung der Karyokinesen Carells hat nur beschränkten Wert, besonders, wenn berücksichtigt wird, daß selbst Blutkörperchenzählungen bei 200 ausgezählten Feldern der Zeißschen

Kammer noch mindestens 3% Fehler ergeben. In den ausgetretenen Zellen stellen sich alsbald degenerative Erscheinungen in Form von Fetttröpfchen und feinen Granulationen ein. Alles deutet mehr auf einen passiven, vielleicht mechanischen, fermentativen oder osmotischen Prozeß hin. Die von Carell und Burrows berichteten Kulturerfolge maligner Menschentumoren lassen keine klare Vorstellung zu; gleiche Kulturen Haddas fielen negativ aus. Die mehrfach gemachten Versuche über Antikörperbildung in Kulturen beweisen nur ein Überleben und physiologisches Funktionieren der Gewebsstücke. Ebensowenig beweisend für wirkliches Wachstum ist die Bildung von Fremdkörperriesenzellen. *Rubesch* (Prag).

Traver, A. H., Hemophilia treated by human blood-serum. (Über einen mit menschlichem Blutserum behandelten Fall von Hämophilie.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 44. 1913.

Es handelt sich um eine schwere Blutung nach leichtem Zungenbiß bei einem fünfjährigen Knaben, welcher aus einer Bluterfamilie stammt (3 Brüder der Mutter sind an Blutung gestorben), seit seiner Geburt nach unbedeutenden Unfällen an großen Blutergüssen, sowie an öfteren Gelenkschwellungen litt, und bereits 1/2 Jahr zuvor vom Verf. wegen seit 5 Tagen bestehender Blutung nach geringer Fingerschnittwunde behandelt worden war, wobei erst 20 Minuten lange Tamponade mit Acid. tannic Erfolg brachte. Die jetzige Blutung hatte ein Kollege 6 Tage lang erfolglos durch verschiedene Mittel, u. a. auch durch mehrere Einspritzungen von Pferdeserum zu stillen versucht. Verf. machte bei dem ausgebluteten Patienten eine subcutane Einspritzung von 20,0 ccm Blutserum vom Vater, sowie vorsichtshalber nach 8 Stunden noch eine zweite und nach 16 Stunden noch eine dritte. Bereits 20 Minuten nach der ersten Einspritzung bildete sich ein mächtiger, fester Blutschorf, welcher innerhalb 12 Stunden so anwuchs, daß das Kind den Mund nicht schließen konnte. Die Blutung stand auch nach Entfernung des Blutschorfes. Verf. glaubt, daß im vorliegenden Falle, in welchem alle anderen Mittel versagten, die Einspritzung von menschlichem Blutserum lebensrettend gewirkt hat. *Sonntag* (Leipzig).

Marcus, Fall von Muskeldystrophie nach Unfall. (*Posen. Anst. f. Unfallverletzte.*) Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Inval.-Wes. **20,** S. 18—26. 1913.

Bei einem 20jährigen Bremser, der eine schwere Quetschung der linken oberen Thoraxpartie zwischen zwei Puffern erlitten und zunächst eine traumatische Pneumonie durchgemacht hatte, zeigte sich eine zunehmende Atrophie der Brust- und Schultermuskulatur, dann auch der übrigen Armmuskeln. Als nach 3 1/2 Jahren auch eine Abmagerung der Muskulatur des rechten Schultergürtels bemerkt wurde, mußte man die bis dahin als lokal aufgefaßte linksseitige Atrophie nunmehr als Teilerscheinung einer Erbschen juvenilen Muskeldystrophie ansehen, und nun entstand die schwierige Frage nach dem zeitlichen Beginn des Leidens und nach dem Zusammenhang mit dem Unfall. Da der Kranke vor dem Unfall voll arbeitsfähig, auch nicht familiär belastet war und die ersten Erscheinungen von Muskelschwund im Verletzungsgebiet aufgetreten waren, so wurde angenommen, daß das Trauma bei einem zur Dystrophie veranlagten Menschen auslösend bzw. verschlimmernd gewirkt habe. *Grashey* (München).

Stevens, William E., Myositis ossificans traumatica. (Traumatische Myositis ossificans.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 203. 1913.

50jähriger Patient, der vor 41 Jahren ein Trauma gegen die Wade erlitt. Nächste Folge war Ausbildung einer Spitzfußstellung; 10 Monate nach dem Unfall schloß sich eine 6 Monate fistelnde Eiterung der Wade an. 41 Jahre beschwerdefrei mit Ausnahme der abnormen Fußstellung. Seit 8 Monaten Geschwür und Fistel an derselben Stelle. Sonde kommt auf Knochen, der mit den Unterschenkelknochen in keinem Zusammenhang steht. Mikroskopische Untersuchung ergibt verkalktes Bindegewebe. *Jüngling* (Tübingen).

Murphy, John B., The evolution of new bone and its relation to the reproduction of joints after ankylosis. (Die Entwicklung von neuem Knochen und ihre Beziehung zu der Wiederbildung von Gelenken nach Ankylose.) Boston med. a. surg. journal **168,** S. 58—59. 1913.

Nach theoretischer Erörterung der verschiedenen Arten von Knochenbildung faßt M. die Bedingungen einer erfolgreichen auto-, homo- und homoioplastischen Knochentransplantation in wenigen Sätzen zusammen, welche nichts grundsätzlich Neues bringen. *Hartert* (Tübingen).

Berry, John McWilliams, The classification of arthritis. (Die Einteilung der Gelenkentzündungen.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16,** S. 54—63. 1913.

Berry hält die bisherige Einteilung der Gelenkentzündungen für unzweckmäßig und glaubt, daß eine Klassifizierung nach der Ätiologie und Anatomie die gegebene sei. Als Ur-

sachen nennt er drei: das Trauma, die Infektion, die trophische Störung. Nach dem Sitz der Erkrankung trennt er jede dieser Gruppen in 1. auf die Weichteile beschränkte: Arthritis und 2. solche, die Skelettveränderungen hervorrufen: Osteoarthritis. Diese Teilung hält er für nötig, obwohl er anerkennt, daß häufig der eine Prozeß die Folge des andern ist. Für die einzelnen Gruppen bringt Verf. Röntgenbilder bei und bespricht ihre Charakteristica.

Ernst O. P. Schultze (Berlin).

Axhausen, Über das Wesen der Arthritis deformans. Allg. med. Zentralzeitg. 82, S. 47—48. 1913.

Der regelmäßige Befund von Knorpelnekrosen bei Arthritis deformans veranlaßte Axhausen zu histologischen und experimentellen Studien. Er fand entsprechend der Wirkung der Knochennekrose auf ihre Umgebung auch bei der Knorpelnekrose eine lebhafte Reaktion des lebenden umgebenden Gewebes: lebhafte Proliferation der Knorpelzellen zum Ersatz der (experimentell-elektrolytisch) abgetöteten. Die Hauptveränderungen vollziehen sich im Mark der subchondralen Knochenschicht. Aus solchen experimentell erzeugten Knorpelnekrosen haben sich typische Bilder von Arthritis deformans entwickelt. Die Nekrosen sind als eine physiologische Altersveränderung des Knorpels anzusehen. Durch sie wird der Symptomenkomplex ausgelöst, der in seiner Gestaltung durch die Statik beeinflußt wird.

Ernst O. P. Schultze (Berlin).

Snoo, K. de, Over het Wezen en de Behandeling von osteomalacie. (Über das Wesen und die Behandlung der Osteomalacie.) Nederlandsch Maandschrift voor Verloskunde en Vrouwenziekten. 2, S. 1—17. 1913.

Verf. sah 5 Fälle. Eine Frau, Virgo von 42 Jahren, hatte keine Schmerzen mehr nach langdauernder Bettruhe und dem Gebrauch von Phosphorlebertran (Klinik Prof. Kouwer, Utrecht). Die zweite Frau ist vom Verf. nur untersucht worden. Im dritten Fall traten bei einer schwer rachitischen 34jährigen Frau im Anschluß an einen Abort die ersten Erscheinungen auf, welche nur vorübergehend beeinflußt wurden von Phosphorlebertran, Pituitrin und Adrenalin, dagegen nach der Kastration schnell und dauernd verschwanden. Die subcutane Injektion von 0,5 ccm Adrenalin verursachte schwere Vergiftungssymptome. In den Fällen 4 und 5 sah Verf. Heilung nach Operation, resp. nach Tubenresektion und Uterusamputation nach Porro.

Verf. ist der Ansicht, daß bei vielen Frauen mit unklarer Diagnose und eigentümlichen Schmerzen (Rücken, Beine, manchmal Brust) eine Osteomalacie zugrunde liegen kann. *van Delden*, Wien.

Stoffel, A., Beiträge zu einer rationellen Nervenchirurgie. Münch. med. Wochenschr. 60, S. 175—179. 1913.

Die Arbeit bedeutet eine Zusammenfassung der vom Autor veröffentlichten Arbeiten über Nerventransplantationen. Durch Isolierung einzelner Nervenbahnen mit Hilfe der Auffaserungsmethode hat Stoffel den Nachweis geliefert, daß die Muskeläste in den gemischten Nerven nicht nur, wie es bereits bekannt war, eine kurze Strecke oberhalb ihres Austrittes schon formiert sind, sondern daß die Bahnen für die einzelnen Muskeln auch im weiteren Verlaufe des Nerven bestimmte Gebiete des Querschnittes innehaben, also mehr oder weniger isoliert vom Zentrum verlaufen, obwohl es auch reichliche Anastomosen zwischen den einzelnen Nervenfasern gibt, die St. den inneren Plexus nennt. Da er bei seinen Untersuchungen (Auffaserung) diese Anastomosen außerordentlich inkonstant vorfand, knüpft er daran die Vermutung, daß die Koordination der Bewegungen, größere oder geringere Geschicklichkeit, Möglichkeit, einzelne Muskelanteile selbständig zu innervieren und zu bewegen, mit diesen innerem Bau der Nervenzuleitung zusammenhängt. Durch die Untersuchungen St. ist der Nervenplastik eine breitere Bewegungsmöglichkeit gegeben worden, während man sich früher bei den Operationen in unmittelbarer Nähe der motorischen Abspaltungen halten mußte, um sich über die Qualität der abgespaltenen Teile zu orientieren. (Z. B. mußte die Medianus-radialis-Plastik unmittelbar über dem Abgang der motorischen Äste für die Fingerbeuger, Pronator bzw. Fingerstrecker und Supinator in der Ellbogenbeuge ausgeführt werden, obwohl die erwähnten Nerven in der Achselhöhle viel näher beieinander liegen und dort von einem Schnitt leichter erreichbar wären. Die Kenntnis der Topographie des Nervenquerschnittes im Verlaufe des Nerven macht uns von dieser Beschränkung unabhängig. Zur Implantation empfiehlt St. einen Lappenschnitt in den bahngebenden Nerven, auf den sich ein senkrechter Schnitt anschließt (Okulierschnitt). In diese

T-förmige Schnittwunde gelingt es leichter, einen Nervenlappen vollständig einzunähen und so möglichst viel Querschnitte miteinander in Berührung zu bringen. Den Schluß machen drei schon anderorts veröffentlichte Vorschläge für einzelne Lähmungstypen (M. deltoideus, M. glutaeus, Mm. peronei). *Spitzy* (Graz).

Intoxication par les pâtes bismuthées chirurgicales (mélange de Beck). (Vergiftung mit chirurgischer Wismutpaste (Becksche Mischung.) Prov. méd. **26,** S. 6. 1913.

Warnung vor den Gefahren der Beckschen Wismutpaste (Bismut. subnitr) bei Anwendung zu hoher Dosen, besonders im Kindesalter. Besprechung der Formen der nicht selten tödlichen Vergilftung im Anschluß an 19 von Erdheim (Wien) zusammengestellten Fälle (zit. nach Journ. des praticiens, 1912). *Israel* (Berlin).

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Schlesinger, Artur, Über latentes Erysipel. Dtsch. med. Wochenschr. **39.** S. 117 bis 118. 1913.

Schlesinger berichtet über ein eigenartiges Krankheitsbild, das er in 2 Fällen beobachtete und dem er die Bezeichnung latentes Erysipel beilegt. Das Charakteristikum des Bildes ist ein lange bestehendes, tiefes Infiltrat und der Eintritt eines Erysipels nach Schwund des Infiltrates. Die Entzündung wandert nach einem langen Inkubationsstadium mit geringer Störung des Allgemeinbefindens an die Oberfläche und läuft unter stürmischen Erscheinungen rasch ab. Differentiell wichtig ist nach Schl., daß beim phlegmonösen Erysipel, das einen akuten Verlauf zeigt, das tiefe Infiltrat fortbesteht und ein Erysipel hinzutritt, während beim latenten Erysipel, das einen prolongierten Verlauf nimmt, das Infiltrat schwindet, bevor das Erysipel zutage tritt. *Gebele* (München).

Asch, Zur operativen Behandlung puerperaler Sepsis. Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 134—135. 1913.

Wegen der Unzulänglichkeit der konservativen Therapie empfiehlt der Verf. die abdominale Radikaloperation und die Venenunterbindung nach Trendelenburg. Die Entfernung des Uterus, der Adnexe und der parametranen Infiltrate hat gute Erfolge fast nur in den Fällen gegeben, wo bereits längere Zeit nach der Infektion verflossen war; bei frischen Fällen versagte die Methode meist. Hier muß die Unterbindung der Venen und zwar so früh als möglich ausgeführt werden. Ob es notwendig ist, die Thromben mit zu entfernen, ist noch strittig.

Verf. verfuhr in einem Falle von schwerer puerperaler Sepsis, bei dem eine linksseitige Thrombose der Spermatikalvenen diagnostiziert war, folgendermaßen: er eröffnete zunächst zur Orientierung über den Zustand des Peritoneums in typischer Weise das Abdomen; es war nichts nachzuweisen als geringfügige Adhäsionen um linke Tube und linkes Ovar. Die rechte Seite war vollkommen frei. Der Thrombus reichte vom linken Parametrium bis zur Niere. Jetzt wurde das Peritoneum in der Mittellinie wieder geschlossen und das Bauchfell seitlich abgelöst, bis der Thrombus freilag. Die zentrale Ligatur der Vena sperm., die hart an der Einmündungsstelle in die V. renalis vorgenommen werden mußte, schnitt durch und machte eine Naht der V. renal. zur Stillung der reichlichen Blutung notwendig. Die Auslösung des Thrombus mit den schwartigen periphlebitischen Auflagerungen führte tief ins Parametrium hinein bis an die Uteruswand heran. Nunmehr wurde die retroperitoneale Wundhöhle tamponiert, der Tampon durch eine seitliche Incision durch die Bauchdecken nach außen geführt. Nach Wiedereröffnung des Peritoneums in der Medianlinie erfolgte die intraperitoneale Excision der linken Adnexe und eines keilförmigen Stückes des Uterus, in dem die thrombosierten Venen sich verloren. Diese ganze Partie wurde dann im Zusammenhang mit den extraperitoneal ausgelösten thrombosierten Venen entfernt, der dadurch entstandene Schlitz im Ligament. latum geschlossen, desgleichen die Bauchhöhle vollkommen. Nach reichlicher Sekretion aus der seitlichen Öffnung erfolgte die Genesung der Patientin. *Genewein* (München).

Costantini, G., La sorte dei bacilli tubercolari dentro i vasi sanguigni. (Das Schicksal der Tuberkelbacillen in den Blutgefäßen.) Gaz. degli osp. e delle clin. **34,** S. 25—28. 1913.

Verf. spritzte in die Carotis von Hunden und Kaninchen einige Tropfen einer Tu-

berkelbacillenlösung und sog das Blut aus der Carotis in Intervallen von 1/2, 1, 24, 48 Stunden und 3 Tagen wieder heraus, um die an den Tuberkelbacillen vorgegangenen Veränderungen zu studieren. Schon nach einer halben und einer Stunde zeigten die Bacillen einige, wenn auch ganz geringe Veränderungen, nach 24 Stunden und später sind die Stäbchen teilweise zerfallen, teils zeigen sie Vacuolenbildung, teilweise liegen sie in Leukocyten, sie erscheinen noch säurefest und lassen sich nach Ziehl noch färben, bei Färbung nach Much zeigen sich viele Gram-positive Granula. Nach 3 Tagen ist Ziehlsche Färbung nicht mehr möglich. Die Tuberkelbacillen werden scheinbar zunächst durch das Blutplasma angegriffen und zerklüftet, dann folgt die Phagocytose. Die Muchschen Granula scheinen ein Endstadium der Auflösung der Bacillen darzustellen. *Herhold* (Hannover).

Prochownick, L., Akute Tuberkulose nach gynäkologischen Eingriffen. Zentralbl. f. Gynäkol. **37,** S. 7—15. 1913.

So bekannt das Einsetzen schwerer akuter tuberkulöser Erkrankungen im Anschluß an Geburt und Wochenbett sind, so wenig gewürdigt sind bisher die nach gynäkologisch-chirurgischen Eingriffen unvermutet in Erscheinung tretenden analogen Krankheitsbilder. Daß die Ansicht Krönigs, daß die Genitaltuberkulose nicht oder nur äußerst selten zur Miliartuberkulose und zum Tod führt, unrichtig ist, beweisen 7 vom Verf. ausführlich mitgeteilte Krankengeschichten. Sämtliche Fälle gingen an Miliartuberkulose zu Grunde: 3 nach operativen Eingriffen (Nierenexstirpation, 2 Ovariotomien), 4 nach leichtesten gynäkologischen Maßnahmen (Probezug am Uterus, Reposition des retroflektierten Uterus, Curettage). *Kayser* (Köln).

Butzengeiger, Erfahrungen mit Mesbé in der Behandlung chirurgischer Tuberkulosen. (*Städt. Krankenh., Elberfeld.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 128 bis 129. 1913.

Es wurden auf Grund der Veröffentlichung von Heermann und Spangenberg 7 Fälle chronisch-fistulöser Knochentuberkulose mit Mesbé behandelt. Immer wurde das Mesbé nur lokal angewandt und zwar entweder in reiner Form oder als 50 proz. Salbe. Bei allen Fällen waren mehr oder weniger ausgedehnte chirurgische Eingriffe kürzere oder längere Zeit vorher ausgeführt worden und hatten Fisteln hinterlassen. 2 Fälle heilten nach etwa 10 wöchentlicher Behandlung mit Mesbé aus, und sind die Fisteln bis jetzt nach 2 Monaten noch nicht wieder aufgetreten. Bei 2 weiteren Fällen trat eine wesentliche Besserung ein. In 2 Fällen blieb der Erfolg aus. Ein Fall zeigte nach der Anwendung des Mittels eine deutliche lokale Reaktion und Temperatursteigerung bis 39°; auch bei den meisten anderen Fällen traten stärkere Schmerzen und vermehrte Sekretion auf. Dies wird als eine spezifische Wirkung des Mittels auf die tuberkulösen Herde aufgefaßt und daher angenommen, daß das Mittel direkt spezifisch auf Tuberkulose wirkende Körper enthält. *Hagemann* (Marburg).

Levy, Richard, Röntgenbestrahlung der Aktinomykose. (*Chirurg. Klin., Univ. Breslau.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 121—122. 1913.

Levy behandelte 2 Fälle von Aktinomykose mit Röntgenstrahlen. In dem ersten Fall war die Operation wegen der Ausdehnung des Prozesses nach Unterkiefer und Zunge unvollkommen gewesen, und auch hohe Dosen von Jod hatten keinen Einfluß auf die starke Sekretion. Schon auf die erste Bestrahlung setzte die Sekretion sofort aus und die Fisteln heilten in wenigen Tagen. In dem zweiten Fall handelte es sich um ein ausgedehntes Rezidiv mit Fistelbildung, bei dem von jedem chirurgischen Eingriff abgesehen und das nur mit Röntgenstrahlen behandelt wurde, um ihren Einfluß sicher zu stellen. Auch in dem Fall schwand das Infiltrat und die Fisteln heilten. Beide Fälle sind über 1/2 Jahr rezidivfrei. *Hagemann* (Marburg).

Geschwülste:

Krische, K., Kombination von Krebs und Tuberkulose in metastatisch erkrankten Drüsen. (*Pathol. Inst., Krankenanst., Bremen.*) Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. **12,** S. 63—79. 1913.

Während die Pathologen früherer Zeit glaubten, daß sich Tuberkulose und Krebs gegenseitig ausschlössen, sind in letzter Zeit zahlreiche Sektionsbefunde mitgeteilt worden, welche die „Exklusionstheorie" hinfällig machten und zeigten, daß die beiden Krankheitsprozesse sogar in dem gleichen Organ vorkommen. Krische teilt im Anschluß an die Besprechung der einschlägigen Literatur einen Fall von Plattenepithelcarcinom des Armes mit, das sich auf dem Boden eines Lupus entwickelt hatte und

Exartikulation des Oberarms mit Schulterblatt nötig machte. Der Tod erfolgte durch Übergreifen und Vereiterung des Carcinoms auf die linke obere Brust- und Halsseite mit Durchbruch in die Pleura. Das Interessante und Seltene an dem Fall ist, daß sich auch in einem metastatischen Herd, nämlich einer Axillardrüse, eine Kombination von Tuberkulose und Carcinom fand. Literatur! *Rost.*

Herzog, Georg, Zwei primäre Carcinome auf dem Boden alter tuberkulöser Darmgeschwüre, zugleich ein Beitrag zur Histiogenese des Carcinoms. (*Pathol. Inst., Leipzig.*) Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. **55**, S. 177 bis 224. 1913.

Die Arbeit beginnt mit eine Besprechung der Ansichten verschiedener Autoren über das gleichzeitige Vorkommen von Tuberkulose und Carcinom bei einem und demselben Individuum.

Folgender Fall wird sehr genau beschrieben: Bei einem 47jährigen Manne, dessen Lungen das Bild einer weit fortgeschrittenen chronischen Tuberkulose bieten, haben sich auf dem Boden alter tuberkulöser Darmgeschwüre an zwei von einander weit entfernten Stellen zwei primäre Carzinome entwickelt, die zu Metastasen geführt haben. Zum Schluß wird die bekannte Ansicht Marchands, daß das Maßgebende bei der Histiogenese der Krebse unbedingt in der primären Umwandlung des Epithels zu erblicken ist, von neuem entwickelt; die Theorie Ribberts von einer primären Bindegewebswucherung mit epithelialer Keimversprengung wird verworfen. Ebenso lehnt Herzog es ab, für die Entstehung der Krebse seines Falles embryonale Keimversprengungen oder Zelldystopien (Borrmann) verantwortlich zu machen. Eine Reihe deutlicher Abbildungen erklärt die Darlegungen. Ein Literaturverzeichnis ist beigefügt.
Colley (Insterburg).

Krause, Über ein neues Mittel zur Bekämpfung der Krebskrankheit. Allg. med. Zentralzeitg. **82**, S. 39—40. 1913.

Krause behandelt die Carcinome mit einem neuen Mittel, Diablastin, das er aus einem Fluidextrakt einer Papaveracee in Kombination mit verschiedenen Salzen organischer Säuren hergestellt hat. Die Erfolge demonstriert er an einer Reihe von Krankengeschichten Krebskranker. 3 Tumoren im Epigastrium mit der Diagnose Carcinoma ventriculi wurden geheilt. 3 Fälle von Mammacarcinom, 2 Fälle von Uteruskrebs und 1 Speiseröhrenkrebs wurden gebessert. Eine mikroskopische Untersuchung der Tumoren ist nicht angegeben. Das Mittel wird sonst als unschädlich bezeichnet. Dosierung: 4mal 1 Teelöffel in Milch. *Stammler* (Hamburg).

Wrzosek, Adam, De l'influence du sublimé et de l'acide borique sur la transplantation et le développement du cancer chez les souris blanches. (Über den Einfluß von Sublimat und Borsäure auf die Transplantation und die Entwicklung des Krebses bei weißen Mäusen.) Progr. méd. **41** S. 29—30. 1913.

Bei Zusatz von 3% oder 0,3% Borsäurelösung zu Tumorbrei entwickelten sich die Geschwülste besser, als bei Vermischung mit physiologischer Kochsalzlösung. Sublimatzusatz hatte keinen Einfluß auf das Wachstum. *Rost* (Heidelberg).

Bloodgood, Joseph C., The conservative treatment of giant-cell sarcoma, with the study of bone transplantation. (Die konservative Behandlung des Riesenzellensarkoms und Untersuchungen über Knochentransplantation.) Boston med. a. surg. journal **168**, S. 62. 1913.

Verf. zweifelt an dem Sarkomcharakter des Tumors, da kein Todesfall an Metastasierung bekannt sei, und schlägt die Bezeichnung „Riesenzellengeschwulst" vor. Seine Ansicht stützt sich auf die Resultate von 52 Fällen, davon 26 eigenen. Auf Grund der Beobachtungen sei es unnötig, primär zu amputieren; man käme meist mit der Excochleation aus. Unter Esmarchscher Blutleere wird der kranke Teil des Knochens mit dem scharfen Löffel entfernt, und dann die Wunde mit reiner Karbolsäure und Alkohol ausgetupft. Ist die Höhle sehr groß, so wird sie mit transplantiertem Knochen ausgefüllt. Am besten nimmt man den befallenen Knochen selbst, indem man den gesunden Teil spaltet; wenn dies nicht tunlich, ist die Tibia am geeignetsten zur Entnahme des zu transplantierenden Knochenstückes.
Magnus (Marburg).

Championnière, Lucas, La radiothérapie dans les tumeurs malignes. (Die Radiumtherapie der malignen Tumoren.) Journal de physiothérap. **11,** S. 35. 1913.

Sind auch nach Radiumbestrahlung noch keine sicheren Krebsheilungen erzielt worden, so sind doch die eingetretenen Veränderungen so bemerkenswert, daß es sich empfiehlt, bei Carcinomen, und besonders bei Sarkomen, die der Therapie noch eher zugängig zu sein scheinen, die Versuche fortzusetzen, soweit sie nicht unsere erprobten bisherigen Maßnahmen ausschließen. *Hoffmann* (Dresden).

Schönhof, Siegmund, Ein Beitrag zur Kenntnis des lokalen tumorförmigen Amyloids. *(Pathol. Inst. d. mähr. Landeskrankenanst., Brünn.)* Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. **12,** S. 157—165. 1913.

Beschreibung von kleinen Geschwülstchen am Grunde und Rande der Zunge, sowie im Kehlkopfe, die sich makroskopisch und mikroskopisch als multiple Amyloidtumoren darstellen. Eine scharfe Abgrenzung der Tumoren gegen das gesunde Gewebe ist nicht möglich. Ob eine allgemeine Amyloidose vorgelegen hat, geht aus der Arbeit nicht hervor. Der Erkrankte war an chronischer Lungentuberkulose gestorben. *Colley* (Insterburg).

Zembrzuski, Ludwik, Kilka słów o t. z. obłoniaku. (Zur Frage des sog. Perithelioms.) Nowiny lekarski **25,** S. 8—10. 1913. (Polnisch.)

An der Hand von zwei eigenen Fällen wird der Bau, der Verlauf und die Ansichten über den Ursprung des P. besprochen. Verf. ist Anhänger der Theorie Aschoffs, wonach Endo- und Peritheliome nur jene Geschwülste genannt werden, deren Zellen in genetischem Zusammenhange mit dem Endothel der Gefäße, resp. den Zellen der das Endothel umgebenden Membran stehen.

Der erste Fall betraf ein 1 jähriges Kind, welchem eine seit der Geburt bestehende Geschwulst der rechten Bauchhälfte entfernt wurde; letztere erwies sich als Nierengeschwulst, und zwar wie die mikroskopische Untersuchung gezeigt hat — als peritheliales Angiosarkom. Die Zellen des Geschwulstparenchyms waren deutlich in konzentrischen Lagen um die Blutgefäße gruppiert. Die Geschwulst entsprang wahrscheinlich der fibrösen Nierenkapsel. Im zweiten Fall wurde einem 1½jährigen Kinde eine seit 9 Monaten bestehende Hodengeschwulst von Faustgröße entfernt; die mikroskopische Untersuchung ergab ein Peritheliom. *Wertheim* (Warschau).

Verletzungen:

Kartaschewsky, G. A., Planenija cholostymi patronami. (Verletzungen durch Platzpatronen.) Woenno-medizinsky journal S. 29. 1913. (Russisch.)

Kartaschewsky hat Schußversuche mit Platzpatronen auf tote und lebende Ziele ausgeführt. Bis zu drei Schritt Entfernung wirkte der Lode-Pfropf wie ein Geschoß. Beim Schuß auf lebende Kaninchen werden auf drei Schritt Entfernung Knochen frakturiert, die Weichteildecke des Unterleibes aufgerissen, so daß die Därme vorfielen. Bei zwei Schritt Entfernung kamen am Schädel Fissuren zustande; bei à bout touchant-Schüssen Zerstrümmerung der Schädelkapsel. K. teilt weiter vier Fälle von Platzpatronenverletzungen bei Soldaten mit. Es handelte sich stets um schwere Weichteil- und auch Knochenverletzungen. Ein Fall erlag einer Tetanusinfektion, die am 7. Tage nach Verwundung manifest wurde. K. rät den Mannschaften die Gefährlichkeit der als harmlos geltenden Platzpatronen in den Instruktionsstunden klarzumachen. *Holbeck* (Dorpat).

Openshaw, T. H., On fractures. (Über Frakturen.) Clin. journal **41,** S. 225 bis 235. 1913.

Bedeutung der Röntgenstrahlen für die exakte Diagnose der Frakturen, besonders im Bereich der Gelenke. Ulnarisparese nach Absprengung des Condyl. ext. humeri. Häufigkeit, Mechanismus, klinische Bedeutung der Frakturen des Os navic. man., des Calcaneus, der lateralen Hälfte des unteren Tibiaendes bei Fract. malleol. ext. Indikation zu operativer Therapie (Drahtnaht) hält Verf. für gegeben bei Fraktur der Patella,

des Olecranon, des akromialen Endes der Clavicula, bei T-förmiger Fraktur von Gelenkenden. Er empfiehlt Nagelung der abgerissenen Tuberos. tibiae und des Tuberc. maj. humeri in gewissen Fällen, Entfernung frei in Gelenken liegender abgesprengter Knochenstücke. Doch gibt bei Luxationsfrakturen im Schultergelenk Entfernung des abgerissenen Caput humeri nicht immer günstige Resultate. Naht, Nagelung, Verschraubung mit Platten bei Schaftfrakturen sind keine gleichgültigen Eingriffe, deren Erfolg sich garantieren ließe. Die große Mehrzahl der Frakturen ist vielmehr mit Ruhigstellung in besonders für jeden Fall angefertigten Schienenverbänden nach Reposition der Fragmente zu behandeln. Massage und Bewegung haben erst nach Konsolidation des Bruches zu beginnen. Die Extensionsmethode hält Verf. für unzuverlässig.

Joseph (Berlin).

Walker, John B., Operative treatment of fractures. (Operative Frakturenbehandlung.) Boston med. a. surg. journal **168**, S. 60—61. 1913.

Im allgemeinen besteht die Tendenz, früher und öfter zu operieren als in den vergangenen Jahren. Walker berichtet über 21 Oberschenkelfrakturen, bei denen alle anderen Mittel versagt hatten, und die schließlich zur Operation kamen, weil eine Verkürzung von 2,5 cm und mehr sich nicht beseitigen ließ. Die Technik von Lane wird genau innegehalten, die Finger kommen unter keinen Umständen mit der Wunde in Berührung. Nach Anlegung von Platte und Schrauben muss das Glied durch fixierenden Verband immobilisiert werden, um ein Lockern der Verschraubung zu vermeiden. — Todesfälle sind nicht eingetreten, entfernt wurde die Platte einmal, — wie sich herausstellte, unnötigerweise. Die Resultate sind glänzend. Verf. kommt zu dem Schluß, daß man auch frische Frakturen öfter operieren solle. Wenn sich durch Extension die Dislokation in 7 Tagen nicht beseitigen ließe, sei die Indikation zum blutigen Eingriff gegeben. *Magnus* (Marburg).

Allgemeine Narkose, lokale Anästesie:

Dubois, Raphaël, Sur l'anesthésie par les voies digestives. (Über Narkose vom Verdauungstraktus aus.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc. **156**, S. 248—249. 1913.

Dubois verwirft die rectale Narkose. Er empfiehlt nach 20jähriger Erfahrung die Methode von Paul Beck, bei der Mischungen von Chloroform und Luft eingeatmet werden. D. hat einen Apparat zur exakten Herstellung der Chloroformluftmischung angegeben. *Schlesinger.*

Instrumente, Apparate, Verbände:

Schlimpert, Hans, Ein Kippstuhl zur Ausführung der hohen extraduralen Anästhesie. (*Univ.-Frauenklin., Freiburg i. Br.*) Zentralbl. f. Gynäkol. **37**, S. 92 bis 96. 1913.

Zur Ausführung der hohen Extraduralanästhesie beschreibt Verf. einen Kippstuhl, auf dem man die Patientin gleichzeitig in Knie-Ellbogen-Lage und Beckenhochlagerung bringen kann. Die im Dämmerschlaf befindliche Frau wird in dem mit einem schweren gußeisernen Stativ versehenen Stuhl durch Schulterstützen und eine Verschlußtüre fixiert. Nach Ausführung der epiduralen Injektion kann durch Kurbeldrehung jeder beliebige Grad von Beckenhochlagerung oder Beckensenkung, wie sie zur Kontrolle der Venenverletzung ausgeführt wird, hergestellt werden. Die Patientin bleibt 5 Min. nach der Sakralpunktion in Beckenhochlagerung. Dann wird der Stuhl wieder horizontal gestellt und die Frau auf den Operationsstuhl gelegt. Die Vorrichtung, die von der Firma Fischer in Freiburg i. Br. geliefert wird, hat sich auch bei der niedrigen Extraduralanästhesie, bei der Lumbalanästhesie, der Rektoskopie, der Kellyschen Cystoskopie und bei Operationen, die in Knie-Ellenbogen-Lage ausgeführt werden, bewährt. *Läwen* (Leipzig).

Pellot et Pizon, Traitement des fractures de jambe par l'appareil de marche de Pierre Delbet. (Behandlung der Unterschenkelbrüche mit dem Delbetschen Gehverband.) Paris méd. S. 193—195. 1913.

Die Mitteilung bringt genaue technische Anweisungen über den von Delbet 1909 empfohlenen Gehverband, welcher das Körpergewicht an den Tibiaknorren mit

Hilfe zweier Seitenschienen abfängt, das Gelenkspiel freiläßt und damit die Muskelatrophie verhindert. Ekzeme und Wunden der Oberknöchel- und der Tibiakopfgegend verbieten seine Anlegung, ferner muß das Bruchhämatom zum größeren Teile zuvor abgeschwollen sein. Anwendungsgebiet: Primäre Behandlung der Brüche der Unterschenkelmitte, der supramalleolären und der nicht dislozierten bimalleolären Frakturen; Nachbehandlungsverband primär anders behandelter Unterschenkelbrüche.

Technik: Reposition des Bruches durch Gewichtszug von 10—12 kg mittels einer aus drei Leinenstreifen zusammengenähten Fußschlinge. Glattes Anmodellieren gipsdurchtränkter Steifgazelonguetten (3—4 cm breit, 22fache Schichtenlage) an der Innen- und Außenseite des Unterschenkels auf die bloße Haut von der Kniegelenksspalte bis zur Sohle; ihre freien unteren Enden werden knöchelwärts nach außen umgeschlagen, um die Knöchelstrecke des Verbandes zu verstärken. Beide Seitenschienen werden je unmittelbar unter der Kniespalte und in der Oberknöchelgegend durch eine obere quere, eine untere schräg krawattenartig angelegte Gipslonguette, welche aus 12fach gefalteter Steifgaze dreiquerfingerbreit anzufertigen und $2^1/_2$ mal so lang als der Unterschenkelumfang ist, gegeneinander befestigt. Sobald der Verband trocken ist, wird die Extension entfernt. Bei Oberknöchel- und doppelten Knöchelfrakturen wird die untere Gipskrawatte gegen die Hinterseite des Fersenbeins anmodelliert, hier durch mehrere Gazelagen verstärkt, ihre Zipfel nach vorn über den Fußrücken anmodelliert. Anwendungsdauer 30—40 Tage. *Henschen* (Zürich).

Wossidlo, Erich, Kapseln für permanente Blasenfisteln und zur Nachbehandlung von Prostatektomierten. Med. Klinik **9,** S. 136—137. 1913.

Die Kapseln bestehen im wesentlichen aus einer metallenen Kalotte, deren Konkavität gegen die Bauchwand gerichtet ist. Zur Abdichtung des Randes gegen die Bauchwand trägt dieser einen auswechsel- und aufblasbaren Schlauchring aus Gummi. Der Abfluß des Urins geschieht durch einen kurzen Metallansatz, der sich in einiger Entfernung vom Rande der Kapsel an deren unterer Circumferenz befindet. Ein auf ihn gesteckter Gummischlauch leitet den Urin in einen Beutel aus Gummi. Fixiert wird die Kapsel durch zwei Metallfedern, die durch eine mit Schenkelriemen versehene Bandage gehalten werden. Für Blasenfisteln ist die Kapsel rund, für Prostatektomien oval und mit einem leicht abnehmbaren aber dicht schließenden Deckel zur Beobachtung der Wunde versehen. Als besondere Vorzüge werden angegeben: Auskochbarkeit des ganzen Apparates, leichte Auswechselbarkeit des Dichtungsschlauches, sicherer Abschluß gegen die Bauchwand, Vermeidung des Ekzemes. Bezugsquelle: Louis und H. Loewenstein, Berlin. *Schultze* (Posen).

Radiologie:

Saalfeld, Edmund, Über Radium- und Mesothoriumbehandlung bei Hautkrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 166—167. 1913.

Auf Grund seiner Erfahrungen (Vorstellung mehrerer Fälle) hält Saalfeld das Radium und Mesothorium geeignet zur Behandlung der ganz langsam wachsenden, mit der Unterlage nicht fest verlöteten Cancroide. Ein Versuch ist gestattet bei inoperablen Hautcarcinomen. Contraindiziert ist Radium und Mesothorium bei Hautkrebsen, die schnell wachsen und dementsprechend einen mehr bösartigen Charakter zeigen. Eine Indikation zur Anwendung von Radium und Mesothorium ist ferner gegeben bei Keloiden, Lichen ruber planus und verrucosus und bei vereinzelten hartnäckigen Psoriasisplaques. Angiome sind nur dann damit zu behandeln, wenn die anderen Methoden (Kohlensäure) nicht zum Ziele führen. Verf. warnt endlich vor kritikloser Anwendung bei kosmetischen Leiden, da durch Idiosynkrasie gegen Radium und Mesothorium ebenso wie bei Röntgenstrahlen Schädigungen hervorgerufen werden können, die schlimmer sind als das primäre Leiden. Zur Verstärkung der Wirkung läßt S. neuerdings vorher 5—10 Sekunden Kohlensäureschnee auf die betreffende Stelle einwirken und empfiehlt diese Methode zur Nachprüfung. Zum Schutze der Umgebung verwendet er durchlochte Münzen. *Thiemann* (Jena).

Bazy, Tumeurs malignes traitées par le radium. (Maligne Tumoren behandelt mit Radium.) Journal de physiothérap. **11,** S. 35—40. 1913.

Bazy demonstriert zwei durch Radiumstrahlen geheilte Fälle maligner Tumoren. Das eine Mal handelte es sich um ein Lymphadenom der Parotis, das durch 72stündige intratumorale Bestrahlung mit einem Röhrchen mit Radium geheilt wurde, und zurzeit 4 Jahre rezidivfrei ist. Der zweite Fall betraf ein Rundzellensarkom des Unterkiefers. Hier wurden mehrfache langdauernde Bestrahlungen mit bis zu vier in den Tumor eingeführten Röhrchen zu je 5 Centigramm Radiumsulfat vorgenommen und rezidivfreie Heilung von 21 Monaten erzielt.
Hoffmann (Dresden).

d'Almeida, Jayme, Correntes de Alta Frequencïa, Resultados com o Electrodio Condensator de Oudin. (Hochfrequenzströme, Wirkungen der Konden-

satorelektrode von Oudin.) Vereinigung der Ärzte Nordportugals, Sitzung vom 27. XI. 1912. A Medicina Contemporanea **31**, S. 4—5. 1913.

d'Almeida hebt die „trophischen, vasomotorischen, beruhigenden, hemmenden wie lösenden" Eigenschaften der Ausstrahlungen genannten Apparates hervor, „der mächtig das Zelleben anrege, örtlich die Temperatur erhöhe, schweißtreibend, ozonbildend wie bakterid wirke und zugleich den ganzen Körper unter elektrische Schwingungen setze". Mit günstigem Erfolge wurden damit Lähmungen, Parästhesien, Neuralgien, Erfrierungen, Chorea und eine Gelenkversteifung nach Verstauchung behandelt. *Bergemann* (Berlin).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Rydel, Adam, Przyczynek do etyologii porażeń nerwu twarzowego. (Zur Ätiologie der Facialislähmung.) Przegląd lekarski **52**, S. 22. 1913. (Polnisch.)

Nach starkem Gähnen vermochte Pat. den Mund nicht zu schließen. Es gelang ihr dies erst nach einigen Manipulationen. Am nächsten Tage halbseitige Gesichtslähmung, Paraesthesien der linken Zungenhälfte und Hyperakousis links. Geschmacksstörungen in der linken vorderen Zungenhälfte. Die Symptome gingen rasch zurück, und Pat. wurde nach 5 Wochen vollständig geheilt.

Bei der Seltenheit der Ätiologie ist der Fall bemerkenswert. Die Störungen im Bereiche der Zunge (nämlich Parästhesien und Geschmacksstörungen) sprechen für eine Läsion des Gesichtsnerven oberhalb des Abganges der Chorda tympani, also im Fallopischen Kanal selbst — und zwar sind sie höchstwahrscheinlich die Folge des Druckes des gedehnten Nerven gegen die Vorderwand des knöchernen Kanals. Die Dehnung hängt direkt mit der Luxation des Unterkiefers zusammen. *Wertheim.*

Alexander, W., und E. Unger, Zur Behandlung schwerer Gesichtsneuralgien. Alkoholinjektion ins Ganglion Gasseri. Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 167—168. 1913.

Die guten Erfolge der peripheren Alkoholinjektionen bei Trigeminsneuralgie-Recidivfreiheit bis zu fast 4 Jahren — veranlaßten die Verff. bei einer 70jährigen, durch ihre Neuralgie außerordentlich heruntergekommenen Frau nach Freilegung des Gangl. Gasseri unter Lokalanästhesie sowohl in den II. und III. Ast, sowie in die zu diesen Ästen gehörigen Teile des Ganglions unter Leitung des Auges einige Tropfen 80prozentigen Alkohols zu injizieren. Der Erfolg ist ein vollständiger (4 Monate). Dabei ist eine Sensibilitätsstörung der Hornhaut glücklich vermieden. Verff. empfehlen ihr Vorgehen in Fällen, in denen einerseits die Haertelsche direkte Injektion nicht möglich, anderseits die Radikaloperation durch Schwäche kontraindiziert ist. *Ernst O. P. Schultze* (Berlin).

Rocher, H. L., Hémi-hypertrophie congénitale de la joue des régions parotidienne et sous-maxillaire associée à une hémi-hypertrophie linguale d'origine lymphangiomateuse. (Halbseitige angeborene Hypertrophie der Wange, der Ohr- und Unterkieferspeicheldrüsengegend, verbunden mit halbseitiger Hypertrophie der Zunge, lymphangiomatösen Ursprungs.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **34,** S. 41—43. 1913.

Da Sprache, Kau- und Schluckakt unbeeinflußt waren, es sich also lediglich um einen ästhetischen Mangel handelte, wurde von einer Behandlung abgesehen. *Goebel* (Köln).

Neel, Axel V., Om traumatiske Neuroser, I. Fölgetilstandene efter Hovedlæsioner. Über traumatische Neurosen, I. Die Folgezustände nach Kopfläsionen. Kopenhagen, Dissertation 214 S. 1913.

Der Verf. verfügt über sämtliche Fälle traumatischer Neurose (ca. 200), welche von 1898—1909 von der dänischen Arbeiterversicherungsbehörde erledigt wurden. Er hat — in der Regel persönlich — den weiteren Verlauf dieser Fälle und deren Zustand. nach Auszahlung der Entschädigung, untersucht.

(In Dänemark gelangen alle entschädigungspflichtigen Unglücksfälle durch Auszahlung eines Kapitals spätestens 1 Jahr nach dem Unfall zur Erledigung. Läßt sich zu diesem Zeitpunkt noch nichts Endgültiges festsetzen betreffs des weiteren Verlaufs, so wird eine vorläufige Entschädigungssumme ausgezahlt und gelangt der Fall nach $2^1{}_2$—3 Jahren nach dem Unfall wieder von neuem zur Aufnahme.)

Bekanntlich betrachtet man die traumatischen Neurosen im allgemeinen als funktionelle Leiden, welche teils durch den physischen und psychischen Shock, teils durch

den unliebsamen Einfluß des Entschädigungsmomentes verursacht werden („Begehrungsvorstellungen", „Rentenhysterie", „ohne Rente keine Neurose"). Hinsichtlich der Folgezustände nach Kopfläsionen insbesondere existieren jedoch divergierende Anschauungen. Manche betrachten auch diese als funktionelle Leiden und nur im Falle besonders ernsthafter Kopfverletzungen nehmen diese wahrscheinlich verteilte minimale Änderungen im Zentralnervensystem an. — Andere behaupten wiederum, daß selbst bei kleineren Kopfläsionen organische Gehirnveränderungen eingetreten sind. Diese Streitfrage wird von dem Material des Verf. beleuchtet. Von den 200 Fällen waren ca. $^1/_3$ nach Kopfverletzungen oder Unfällen mit bedeutend physischen Erschütterungen des ganzen Organismus entstanden und wiesen außer dieser Ähnlichkeit in der Ätiologie auch eine große Übereinstimmung in der Symptomatologie auf, da diese ausschließlich aus Kopfschmerzen, Schwindel, Verlust des Gedächtnisses, ev. psychischen Anomalien, Intoleranz für Alkohol u. a. m. bestanden, während in den nach peripheren Traumen entstandenen Neurosen niemals derartige Klagen vorlagen.

Die mehr speziellen Untersuchungen über Kopfverletzungen sind auf die in der Arbeiterversicherungsbehörde in der 5jährigen Periode, 1904—1909, angemeldeten 150 Fälle basiert. Von diesen zeigten 109 (70%) im späteren Verlauf typische Symptome; hiervon bezeichnete man 41 als „traumatische Neurose", während die neurotischen Symptome in den übrigen Fällen in Verbindung mit organischen Verletzungen des Gehirns oder der Extremitäten vorgefunden wurden. In 17 Fällen waren die Symptome am Kopfe nur schnell vorübergehende, daher keine Entschädigung. Bei 10 Fällen war die nach dem Trauma entstandene Charakterveränderung so bedeutend, daß sie als „traumatische Gehirndegenerationen" bezeichnet wurden. Der Verlauf zeigte gewisse übereinstimmende Typen. Die leichteren Fälle endeten nach $^1/_4$—1 Jahr mit vollkommener Heilung, die schwereren währten 2—3 Jahre, in den ernsthaftesten Fällen persistierte ein größerer oder kleinerer Defekt (Stumpfsinn, Gedächtnisschwäche, ethischer Defekt), welcher namentlich auf die intellektuelle Arbeit hindernd einwirkte. Das Gleichartige sowohl der Ätiologie, wie auch der Symptome, des Verlaufs und der großen Anzahl von Fällen, in welchen die Folgezustände nach Kopfverletzungen erscheinen, widersprechen sehr der Annahme, daß dies ein psychogenes Krankheitsbild wäre. Eine nähere Untersuchung des Einflusses der Entschädigungsfrage erwies, daß man für die nach Kopfverletzungen entstehenden Folgezustände überhaupt keine Einwirkung beweisen konnte (im größten Gegensatz zu den traumatischen Hysterien).

Die den organischen Veränderungen etwa zugrunde liegenden Symptome könnten entweder minimale, diffuse, das Gehirngewebe speziell oder nur den Gefäßapparat des Gehirns treffende sein, oder auch makroskopische, lokale, wie von verschiedenen chirurgischen Verfassern bereits angenommen wurde. Die erste Annahme begründet sich daraut, daß die vermuteten Änderungen dieselben sind wie diejenigen, welche durch Commotio cerebri hervorgebracht wurden und eine weitere Entwicklung hiervon bilden, was jedoch weder durch einen Vergleich in der Symptomatologie noch von experimentalen Untersuchungen unterstützt wird. Der Verf. ist aus dem Grunde ausschließlich dazu geneigt, die Theorie über die grobe, lokale makroskopische Läsion zur Erklärung der Symptome zu akzeptieren.

Die Symptomatologie bei den nach Kopfverletzungen erscheinenden Folgezuständen (Kopfschmerz, Schwindel, Verlust des Gedächtnisses) ähnelt im höchsten Grade den bei beginnendem Tumor cerebri zu findenden Symptomen, diese rühren bekanntlich von dem erhöhten intrakraniellen Druck her und verschwinden gewöhnlich nach einer dekrompessiven Operation. Die Konklusion in der Arbeit des Verf. ist also folgende: Man neigt zu der Annahme, daß die bei den Folgezuständen nach Kopfläsionen erscheinenden Symptome von einer Erhöhung des intrakraniellen Druckes stammen, was durch die bei dem Trauma entstandene lokalisierte gröbere Verletzung hervorgebracht ist. In Übereinstimmung hiermit behauptet der Verf., daß die Behandlung dieser Folgezustände eine andere als die bisher angewendete sein muß. In der Zeit unmittelbar nach dem Unfall ist ein so vegetatives Dasein wie nur möglich zu führen und die Arbeit ist erst wieder aufzunehmen, sobald diese keine Symptome mehr hervorruft. Im Laufe von $^1/_4$—2 Jahren wird diese Art und Weise der Behandlung sicherlich gute anhaltende Resultate erzielen. In geeigneten Fällen wird auch Gelegenheit zu operativem Eingriff vorliegen und zwar in unmittelbarem Anschluß an den

Unfall. Namentlich, wo man zur Annahme neigt, es könnte sich um eine Konvexitätsläsion handeln, wird man durch Entfernung von Hämatomen usw. hoffen können, den späteren neurotischen Symptomen vorzubeugen. Cushing empfiehlt seine bitemporale Trepanation als Normalmethode bei allen Basisfrakturen. Hierbei ist die Lumbalpunktion unter allen Umständen zu empfehlen, namentlich bei Fällen mit langer Bewußtlosigkeit und ist diese als gewöhnliches Glied in der Behandlung aller ernsteren Kopfverletzungen erforderlich, um so mehr, da sie in zweifelhaften Fällen die Diagnose aufklären kann. *Aage Kock* (Kopenhagen).

Hirnhäute, Gehirn:

O chirurgitscheskom letschenii epilepsii. (Über die chirurgische Behandlung der Epilepsie.) Woenno-medizinsky journal S. 13. 1913. (Russisch.)

Ohne Bedeutung. *Holbeck* (Dorpat).

Gelma, Eugène, Opothérapie thyroïdienne et épilepsie. (Épilepsie thyroïdienne.) (Schilddrüsensafttherapie und Epilepsie.) Rev. de méd. **33,** S. 26—39. 1913.

Einleitend wird der Zusammenhang zwischen Epilepsie und Störungen der Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsentätigkeit an Hand der Literatur besprochen. 2 Beobachtungen des Autors von jungen Epileptikern, die monatelang während der Beobachtung zahlreiche epileptische Anfälle hatten und auch während der Brombehandlung beibehielten, dagegen nach Verabreichung von Thyroidin auffallende Besserung zeigten, sollen diesen Zusammenhang erhärten. Unter der Schilddrüsensubstanzverabreichung schwanden nicht nur die Krämpfe, sondern auch die geistige Tätigkeit wurde geweckt. Die Besserung hielt auch an, nachdem keine Schilddrüsensubstanz mehr verabreicht wurde. Die Schilddrüsenepilepsie stellt nur einen Teil der Epilepsie dar. *Iselin* (Basel).

Haymann, Ludwig, Zur Pathologie und Klinik der otogenen Großhirnabscesse. (*Univ.-Ohrenklin. u. -Poliklin., München.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 65—68. u. 135—138. 1913.

Heilungen otogener Hirnabscesse sind auch unter den operierten Fällen nicht gerade häufig. H. bringt dazu 2 klinisch wie anatomisch wertvolle Beobachtungen.

1. Ein Mädchen kam ohne alle Hirnerscheinungen wegen linksseitiger chronischer Mittelohreiterung und Mastoiditis zur Radikaloperation, in deren Gange ein großer, kokken- und stäbchenhaltiger linksseitiger Schläfenlappenabsceß eröffnet wurde. Nach der Operation stellte sich eine leichte Meningitis bei sterilem Lumbalpunktat, nach 10 Tagen eine immer mehr zunehmende amnestische Aphasie, Paraphasie und rechtsseitige Paresen ein. Nachdem während 6 Wochen infolge häufiger Retentionen starke Schwankungen des Befindens aufgetreten, der Absceß nochmals ausgiebig gespalten worden war, trat nach fast 4 Monaten Heilung ein unter Rückbleiben einer leichten Aphasie.

H. will das erst postoperative Einsetzen der Aphasieerscheinungen nicht auf Rechnung des operativen Eingriffes, sondern eher auf vom Absceß her aus vorschreitende, bis auf die innere Kapsel wirkende encephalitische Prozesse oder eine umschriebene Meningitis setzen, welche im Anschluß an die operative Sprengung subarachnoidealer plastischer Abdichtungen entstanden wäre. Das einzige Hirnsymptom war eine nicht sehr auffällige psychische Störung. Bemerkenswert im Heilungsablauf war die langdauernde Massensekretion von Eiter, bei welcher nur die Röhrendrainage, nicht die unwirksame Gazedrainage eine Sekretretention vermeiden hilft. Während Spontanheilungen otogener Hirnabscesse kaum vorkommen, ist eine solche bei der otogenen Sinusthrombose, wie H.s 2. Fall beweist, ab und zu zu beobachten.

2. Bei einem 41jährigen Manne fand sich bei der Operation einer im Anschluß an eine anscheinend akute Otitis media entstandenen Mastoiditis im Warzenfortsatz eine mit Granulationen erfüllte Höhle, ein perisinuöser Absceß und eine vereiterte, in den Gehörgang durchgebrochene Spitzenzelle. Nach zunächst normalem Verlaufe traten nach 11 Tagen plötzlich meningitische Erscheinungen ein. Bei der Revision der Operationsstelle fanden sich keine Zeichen eines frischen Labyrintheinbruches, noch hatte das Absuchen des Querblutleiters und des Kleinhirnes ein positives Ergebnis; unter zunehmender Meningitis trat der Tod ein. Die Sektion ergab einen alten Schläfenlappenabsceß, davon ausgehend eine eitrige Meningitis,

eine ausgeheilte, zum Teil schon wieder kanalisierte Thrombose des Sinus transversus und eine ausgeheilte Labyrinthitis. Die meningitischen Erscheinungen waren die ersten endocraniellen Symptome gewesen.

Der Hirnabsceß hat wenig günstige Heilchancen, da jenseits seiner Kapsel sich die entzündlichen Prozesse fortschreitend in die Hirnsubstanz weitersetzen. Klinisch können sie durch extra- und subdurale Eiteransammlungen, durch lokalisierte sprungweise ablaufende Meningitiden und durch piale Venenthrombosen vorgetäuscht werden. Bei der trostlosen Prognose dieser Abscesse soll im Zweifelsfalle das Hirn durch operative Exploration, namentlich durch Probepunktion und -incision methodisch abgesucht werden. *Henschen* (Zürich).

Bonhoeffer, K., Zur operativen Therapie der Hirntumoren. (*Nervenklin. d. Charité, Berlin.*) Therap. d. Gegenwart **54**, S. 13—17. 1913.

Die Arbeit stellt einen Bericht über die Resultate der operativen Behandlung einer größeren Reihe von Hirntumoren dar. Unter 63 Fällen von beobachteten Gehirngeschwülsten wurden 26 operiert, 26 sind unoperiert in der Klinik gestorben, 11 haben die Klinik ohne Operation verlassen. Von den 26 unoperiert Gestorbenen hätte, wie die Obduktion zeigte, 5 mal eine eventuelle Operation Aussicht auf radikale Entfernung des Tumors gehabt. Unter den 26 operierten Fällen wurde 2 mal der Balkenstich gemacht, 24 mal die Entfernung des Tumors beabsichtigt. Von diesen 24 Fällen starben 16, darunter 11 in den ersten Tagen nach der Operation, nur in 2 Fällen konnte der Tumor radikal entfernt werden; 8 von den 24 Patienten sind derzeit noch am Leben, allerdings fällt die Operation bei 6 Patienten in das Jahr 1911, so daß von diesen ein abschließendes Urteil nicht gegeben werden kann. Die Zusammenfassung aller beobachteten Fälle zeigt die schlechte operative Prognose der Hirntumoren; in knapp einem Drittel der Fälle waren Chancen für eine Radikaloperation vorhanden. Die Tumoren der hinteren Schädelgrube ergeben wegen der Gefahr der Atemlähmung zwar eine hohe unmittelbare operative Mortalität, sind jedoch bezüglich der Dauerresultate günstiger als die Resultate des Großhirns, wenn man von den von den Meningen ausgehenden Geschwülsten absieht. Vielleicht ist dieser Umstand darauf zurückzuführen, daß die Tumoren der hinteren Schädelgrube frühzeitiger Symptome machen als gewisse Großhirngeschwülste. Die möglichst frühzeitige Diagnose ist von der größten Wichtigkeit. Viele Fälle kommen zu spät, mit ausgesprochener Stauungspapille, manche schon in benommenem Zustand in die Klinik. In anderen Fällen wieder sind die Symptome zu wenig prägnant, um eine sichere Diagnose zu gestatten. Für diese Fälle wären von der Verfeinerung der neurologischen Diagnostik im Verein mit anderen diagnostischen Hilfsmitteln — Röntgenuntersuchung, Studium der Cerebrospinalflüssigkeit, Hirnpunktion — manche Fortschritte zu erwarten. *Ranzi* (Wien).

Zirbeldrüse:

Bonin, Gerhardt v., Study of a case of dyspituitarism. (Studie eines Falles von Dyspituitarismus.) (*Labor. roy. coll. of surg. of England.*) Quart. journal of med. **6**, S. 125—144. 1913.

Nach kurzer Besprechung der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Hypophyse, beschreibt V. die Veränderungen, die er bei der Autopsie eines 42 jährigen Mannes fand, mit einem Tumor der Hypophyse, der unter Berücksichtigung der relativen klinischen Gutartigkeit als „Rundzellenadenom" bezeichnet wird. Makroskopisch zeigten sich die typischen Veränderungen der Akromegalie hauptsächlich im Gesicht ausgesprochen, weniger an den Extremitäten; starke Vergrößerung der Schilddrüse, exzessiv entwickeltes Fettpolster und abnorme Kleinheit der Genitalien. Das Skelett zeigte in allen Teilen Wachstumsveränderungen im Sinne einer Hypertrophie.

Mikroskopisch fanden sich außer starker Bindegewebsvermehrung in allen Organen, hauptsächlich Veränderungen der Haut, der Schilddrüse und der Hoden. Histologisch fehlten die Papillen in der Haut. Nur an wenigen Punkten bemerkte man ein tiefes Eindringen des Epithels in die Cutis, dabei oft ein Netzwerk von Epithelzellen, das Inseln von Bindegewebe einschloß (durch beigegebene Figur erläutert). Die Vergrößerung der Schilddrüse war außer

durch vermehrtes Bindegewebe durch starke Erweiterung der Follikel hervorgebracht. Die Wände der Samenkanälchen waren dreifach dicker als normal; keine Spuren von Samenbildung konnten gefunden werden.

Daß in diesem Falle — wie in der Mehrzahl der beschriebenen — die Zeichen von verminderter Funktion wie sexueller Infantilismus und Adipositas vergesellschaftet waren mit Akromegalie, der Folge von vermehrter Funktion der Hypophyse wird der Theorie Cushings entsprechend erklärt, daß die Sekretion des vorderen Teiles der Hypophyse direkt in den Blutstrom erfolgt, während der Weg für die Ausscheidung des intermediären Teiles in die Cerebrospinalflüssigkeit des III. Ventrikels durch den Druck des Tumors auf das Infundibulum gesperrt ist. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Gliński, L. K., Z kazuistyki zmian anatomo-patologicznych w przysadce mózgowej. (Zur Kasuistik der Erkrankungen der Hypophyse.) Przegląd lekarski 52, S. 23—14. 1913. (Polnisch.)

Es werden folgende Sektionsbefunde angeführt:

1. Tuberkulose der Hypophyse bei einem an tuberkulöser Basalmengitis verstorbenen 10jährigen Mädchen. Verkäsung der Kapsel und der angrenzenden Hypophysispartien, sowie mehrere Knötchen im Inneren der Drüse. Es ist klar, daß die Infektion in diesem Falle auf die peripheren Teile unmittelbar von der Hirnhaut übergegangen ist, die Veränderungen in der Tiefe der Ausdruck miliarer Tuberkulose sind. 2. Eiterung der Hypophyse wurde einmal infolge epidemischer Cerebrospinalmeningitis, das zweite Mal bei allgemeiner puerperaler Pyämie gefunden. Im letzten Falle saßen die Infiltrate sowohl im nervösen, als im glandulären Teil des Magens. 3. Nekrose der Hypophyse: Der erste Fall betraf eine an Pyämie nach einem Kaiserschnitt gestorbene Frau, der andere eine an Herzfehler, sechs Wochen nach einer Fehlgeburt verstorbene Kranke. Die Veränderungen bezieht Verf. auf Thrombosen, resp. Embolien der zuführendens Artenienzweige. Zum Schluß lenkt Verf. die Aufmerksamkeit der Anatompathologen auf dieses noch wenig erforschte Gebiet und betont die Häufigkeit der Veränderungen der Drüse im Zusammenhang mit der Schwangerschaft. *Wertheim* (Warschau).

Auge:

Guzmann, Ernst, Über epibulbäre Tuberkulose. (*II. Univ.-Augenklin., Wien.*) Zeitschr. f. Augenheilk. 29, S. 34—37. 1913.

Bindehauttuberkulose beginnt meist in der Lidbindehaut und greift von dort auf den Übergangsteil über. Ganz vereinzelt beginnt sie in der Augapfelbindehaut. Von einem solchen endogen enstandenen Fall gibt Guzmann Krankengeschichte und Sektionsbefund nebst Abbildung des histologischen Befundes an einem Meridionalschnitt. Die tuberkulöse Wucherung ist tief in die Lederhaut eingedrungen. *Halben* (Berlin).

Nase:

Morestin, H., Malformation congénitale du nez. Arrêt de développement. Fissure médiane de la face. (Angeborene Mißbildung der Nase. Entwicklungshemmung. Mediane Gesichtsspalte.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris 39, S. 57—63. 1913.

Anschauliche Beschreibung einer medianen Spalte der Nase (Doggennase) und ihre operative Behandlung (3 Bilder). Statt des Nasenrückens befindet sich in der Mittellinie eine Furche; die Nasenflügel sind rudimentär entwickelt, Nasenlöcher gut vorhanden. — Die Hautfurche setzt sich in der Mitte der Stirn fort, und ebenso weist eine Narbe in der Mitte der Oberlippe auf eine nach Aussage der Eltern im 6. Monat operierte mediane Lippenspalte hin. — Lues auszuschließen. Mehrzeitige plastische Operation. Einsetzen eines Streifens von der VII. Rippe entnommenem Knorpel unter die Haut der Mitte der Stirn und je eines flacheren Streifens unter die Haut der Seitenwand der Nase. Nach 6 Wochen spitzbogenförmiger Schnitt von der Nasenwurzel nach den Nasenflügeln; Die nach innen von den Schnitten liegende Haut wird nach vorn heruntergeschlagen. Bildung des Nasenrückens durch einen medianen gestielten Hautlappen von der Stirn, welcher den Knorpelstreifen enthielt, während die beiden seitlichen Knorpelstücke die Seitenstützen des Daches bilden. — Nach mehreren kleinen Nachoperationen gutes Resultat; die Nasenlöcher sind gut durchgängig. *Kaerger* (Berlin).

Morestin, H., Difformité du nez d'origine spécifique corrigée par une greffe cartilagineuse. (Spezifische Nasendeformität, ausgeglichen durch Knorpeltransplantation.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris 39, S. 35—39. 1913.

An der Hand von 4 Photographien anschauliche Darstellung einer operativen Korrektur

einer luetischen Sattelnase bei einer 25jährigen Frau nach einer auch in Deutschland viel geübten Methode, der subcutanen Einschiebung eines vom rechten Rippenbogen entnommenen Knorpelstücks durch eine kleine, quere Incision an der Nasenwurzel zum Ausgleich der sattelförmigen Einsenkung und Wiederherstellung der Spannung der Nase. *Kaerger* (Berlin).

Holländer, Eugen, Ein dritter Weg zur totalen Rhinoplastik. (*Chirurg. Privatklin. v. Prof. E. Holländer-Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. **3,** S. 101—103. 1913.

Zur Deckung einfacher Weichteildefekte der Nase wird die Haut des Sternums, die in ihrer Modellierfähigkeit der Stirnhaut gleichkommt, empfohlen. Die Entnahme ist bei intakter Sternalhaut immer möglich, wenn die Entfernung der Brustwarze vom gegenüberliegenden Sternoclaviculargelenk größer ist als der Abstand der Brustwarze von der Nasenwurzel bei leicht gesenktem Kopf. Starke Behaarung und langer Hals bei phtisischem Habitus können die Methode unmöglich machen. Gut anwendbar ist sie bei tiefsitzender, großer, weitbeweglicher Brust. Der Beginn des Lappens liegt auf dem Brustbein, die Basis wird möglichst weit nach der Brustwarze hin gelegt. Während im oberen Teil das Fett möglichst abpräpariert wird, bleibt es nach unten hin in größerer Menge der besseren Ernährung wegen am breitbasigem Lappen sitzen. Eine Stieldrehung des Lappens ist unnötig, er wird ohne Spannung an die breitangefrischte Nasenwunde genäht, vor der Ausdünstung des Mundes durch Umwickelung mit feuchter Gaze und wasserdichtem Stoff geschützt. Zur völligen Entspannung des Lappens wird die Brust hochgebunden, der Kopf in einer Gipsstütze leicht der Brust genähert. Die Stieldurchschneidung kann bei der vorzüglichen Ernährung in kurzer Zeit erfolgen. *Hohmeier* (Marburg.)

Ohr:

Kirchner, Karl, Schußverletzung des Ohres. (*Univ.-Ohrenklin., Würzburg.*) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. **47,** S. 7—12. 1913.

Jagdschrotschuß ins linke Ohr mit unmittelbaren starken Reizerscheinungen. Kirchner fand nach 9 Monaten im Trommelfelle ein eingekeiltes Schrotkorn. Nach dessen Entfernung schloß sich das Trommelfelloch ohne Eiterung bald, ließen das Summen, die Druck- und Spannungsbeschwerden nach und blieben nur die Reste der Reizung des Vestibularapparates zurück. Man soll stets versuchen, den Fremdkörper zu entfernen, um üblen Folgen in der Tiefe vorzubeugen. Literatur. Übersicht über Begutachtung von Ohrverletzungen mit Bezug auf Erwerbsbeschränkung, Labyrinthschädigung usw. *Georg Schmidt* (Berlin).

Nerger, Ein Fall von chronischer Bezoldscher Mastoiditis durch Selbstverstümmelung. (*Univ.-Klin. f. Ohr.-, Nas.- u. Kehlkopfkrankh., Breslau.*) Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege **67,** S. 133—135. 1913.

Die aus Breslauer Kliniken mehrfach beschriebenen Fälle von Selbstverstümmelung russischer Militärpflichtiger werden um einen neuen aus der Breslauer Ohren-Nasen-Halsklinik vermehrt. Der Patient ließ sich das Trommelfell durchstechen und säureartige Flüssigkeit ins Ohr eingießen; darnach Schwindel (Labyrinthitis), Mittelohreiterung und allmählich Anschwellung hinter dem Ohr und am Hals (Bezoldsche Mastoiditis). Er hat ohne Behandlung 7 Jahre in leidlich gutem Zustande gelebt, bis er sich in die Breslauer Klinik aufnehmen ließ. Hier Operation und Heilung. — Chronische Bezoldsche Mastoiditis, nur selten beobachtet, gilt als prognostisch ungünstig. Wahrscheinlich war im geschilderten Fall die Erkrankung weniger durch bakterielle als durch chemische Wirkung bedingt, daher der gutartige Verlauf. *Paetzold* (Berlin).

Lawner, S., Das funktionelle Resultat der Radikaloperation. (*Univ. Ohrenklin., Wien.*) Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 325—336. 1913.

Die zuerst von chirurgischer Seite (Küster 1889) empfohlene Radikaloperation der chronischen Mittelohreiterung gibt nach älteren Statistiken der Ohrenärzte verhältnismäßig günstige Resultate hinsichtlich Besserung des Hörvermögens, wenn auch nur in geringen Grenzen. Allerdings war die Hörfähigkeit vor der Operation meist schon sehr schlecht gewesen. Als in neueren Zusammenstellungen mehr Fälle mit vorher gutem Hörvermögen aufgeführt wurden, ergab sich, daß hier meist Verschlechterung einzutreten pflegt. Um in prognostischer Hinsicht einen Anhalt zu haben, setzten einzelne Untersucher als Grenze eine Hörweite von 1—1½—2 m fest: man kann eine Verschlechterung erwarten, wenn das Hörvermögen vor der Operation besser war, und darf ein Gleichbleiben voraussagen, wenn es vorher weniger betragen hat. Die Hörweite soll nicht, wie meist üblich, für Flüstersprache, sondern für Umgangssprache festgestellt werden, da diese allein für den praktischen Gebrauch in Betracht kommt. Das andere Ohr muß dabei vom Hören völlig ausgeschaltet werden (Baranysche Lärmtrommel). Nach diesem Grundsatz hat Lawner die Erfolge der Wiener Klinik in den letzten 3 Jahren zusammengestellt. Er kommt zu dem Schluß, daß ein schlechtes Gehör durch die Radikaloperation kaum beeinflußt, ein verhältnismäßig gutes Gehörn (über 1 m für Umgangssprache) meist verschlechtert wird und somit eine Gegenindikation gegen die Radikaloperation abgibt und zu möglichst langer konservativer Behandlung auffordert, falls nicht gewichtige Gründe gegen weiteres Abwarten sprechen.

Die Verschlechterung entsteht nicht durch Wegnahme von Hammer und Amboß, sondern durch Veränderungen am ovalen Fenster und im Labyrinth (seröse Labyrinthitis) als Folgen von Operation und Tamponade. *Paetzold* (Berlin).

Mund:

Texier, Sur trois nouveaux cas de polypes fibreux nasopharyngiens à insertion nasale. (Über 3 neue Fälle von Nasenrachenfibromen mit nasalem Ausgang.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **34,** S. 33—41. 1913.

Die Beobachtungen verdienen nach des Verf. Ansicht insofern eine Hervorhebung, als si.» unzweideutig den Ursprung der Neubildungen in der Nase zeigten. *Goebel* (Köln).

Queyrat, Louis, et Henri Bouttier, Un cas de leucoplasie commissurale sans préexistence de syphilis. (Ein Fall von commissuraler Leukoplasie ohne vorherbestehende Syphilis.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris **28,** S. 906—909. 1913.

Beobachtung eines 52jährigen Patienten mit frischer Lues I und II, bei dem schon jahrelang eine Leukoplakie der Wangenschleimhaut bestand. Verf. schließen daraus, daß es ausnahmsweise auch Fälle von Leukoplakie gibt ohne Zusammenhang mit Syphilis. *Linser.*

Rosenberg, Walther, Freilegung der Fossa supratonsillaris durch Einschneiden des vorderen Gaumenbogens, ein Hilfsschnitt für Operationen an den Gaumenmandeln. (*Univ.-Klin. f. Ohr.-, Nas.- u. Kehlkopfkrankh., Breslau.*) Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege **67,** S. 129—133. 1913.

Der klinisch wichtigste Teil der Gaumentonsille ist der obere Pol in der Fossa supratonsillaris. Hier finden sich selbst bei kleinen Tonsillen große, mit Pfröpfen gefüllte Buchten; von hier gehen meist rezidivierende Anginen und peritonsilläre Abscesse aus. Es war bisher schwierig, sich zu dieser tiefen Bucht bequemen Zugang zu verschaffen. Ein einfaches, in der Breslauer Ohren-Nasen-Halsklinik seit $2^1/_2$ Jahren geübtes Verfahren besteht in querer Spaltung des vorderen Gaumenbogens durch einen Scheerenschlag in Höhe des oberen Pols. Die Wundränder klaffen und Fossa supratonsillaris und ihr Inhalt liegen frei da. Auch peritonsilläre Abscesse lassen sich leicht entweder schon durch diesen Schnitt oder stumpf von der Wundfläche dieses Schnittes aus eröffnen. Die quere Wunde bleibt stets klaffend, verklebt nicht. Nennenswerte Blutung aus dem durchschnittenen Gaumenbogen oder funktionelle Schädigung des Gaumenbogens nach der Heilung sind nicht beobachtet. *Paetzold* (Berlin).

Wirbelsäule:

Malling, Knud, Et Tilfaelde af Kümmel's traumatiske Kyphose. (Über einen Fall von traumatischer Kyphose [Kümmel].) Hospitalstidende **6,** S. 103 bis 110. 1913. (Dänisch.)

21jähriger Dienstknecht, der früher gesund gewesen sein will, bekommt bei einem Fall vom Pferde ein Trauma des Rückens. Nachdem er einige Monate im Bett gelegen, fängt er wieder an zu arbeiten. Erst nach $1^1/_2$ Jahr bemerkt er Schmerzen im Rücken bei Bewegungen und nach und nach stellt sich eine ganz bedeutende Kyphose ein. Die Kyphose entspricht dem verletzten Teile der Columna. Röntgenologisch konnte keine Fraktur nachgewiesen werden. *Permin* (Kopenhagen).

Froelich, Considérations sur le mal de Pott. (Betrachtungen über das malum Pottii.) Ann. de méd. et chirurg. inf. **17,** S. 47—59. 1913.

An der Hand von 300 selbstbeobachteten Fällen gibt Froelich eine ausführliche Schilderung der Pathologie, Ätiologie und Symptomatologie der kindlichen Spondylitis tuberculosa und ihrer Begleiterscheinungen. Nach seinen Erfahrungen beruhen die nervösen Erscheinungen (Paralysen usw.) weit seltener auf Kompression als auf fortgeleiteter Erkrankung der Dura mater, des Markes bezw. großer Nervenstämme. Die Diagnose bietet nur in einigen beginnenden Fällen Schwierigkeiten. Sind Lenden- oder untere Dorsalwirbel erkrankt, geht das Kind steif und nach rückwärts gebeugt. Man bringe das Kind in Bauchlage auf den Tisch und hebe die Schenkel an, dann entsteht entweder ein charakterischer Schmerz, oder man bemerkt die Steifigkeit des erkrankten Wirbelsäulenteiles. Die Lendenlordose ist vermindert. Druckschmerz pflegt erst später aufzutreten. Bei Erkrankung der oberen Brustwirbelsäule geht das Kind nach vorwärts gebeugt mit zurückgeworfenem Kopfe. Läßt man in Bauchlage die Hände an die Ohren halten, die Ellenbogen nach vorn, und hebt mit einer Hand Ellenbogen und Kopf an, während die andere Hand auf die verdächtige Stelle der

Wirbelsäule drückt, so entsteht ein heftiger Schmerz. Die normale Kyphose ist vermehrt. Stoßschmerz und Reflexsteigerung treten erst später auf. Gürtelschmerz in Brust oder Bauch lenkt stets die Aufmerksamkeit auf Spondylitis.

Die Behandlung ist eine allgemeine und lokale, letztere muß nach Möglichkeit stärkere Deformierungen zu verhüten suchen. Durch Gipskorsett wird die beste Immobilisierung und Entlastung erzielt. Sitzt der Herd unterhalb des 6. Brustwirbels, so ist das Gipskorsett unter starker Lordosierung der Wirbelsäule anzulégen, nötigenfalls unter gleichzeitiger Redressierung des Gibbus durch einen mit Gewichten belasteten Bindenzug. Bei Herden in der oberen Brustwirbelsäule soll der Anlegung des Gipskorsettes nötigenfalls Redression durch Suspension vorangehen. Bei gutem Kräftezustand und fehlender Neigung zum Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses soll das Kind im Korsett täglich mehrere Stunden auf sein. Abscesse werden, wenn nötig, ein oder mehrere Male punktiert, im letzteren Falle können Jodoformölinjektionen angeschlossen werden. Bei Abscessen, die von den oberen Brustwirbeln ausgehen und Dyspnöe oder Markkompression bewirken, kommen Laminektomie oder besser Costo-transversektomie nach Ménard in Frage. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Kennedy, Foster, Fibrosarcoma of cervical spine producing paralysis of all four limbs—cured by operation. (Durch Operation geheiltes Fibrosarkom der Halswirbelsäule, welches Lähmung der Arme und Beine verursacht hatte.) Med. record **83,** S. 84—85. 1913.

Durch Resektion der Bögen der V., VI., VII. Hals- und des I. Brustwirbels wurde bei dem 12jährigen Mädchen der Tumor freigelegt. Er lag extradural und hatte das Halsmark nach der Seite verdrängt. Er wurde exstirpiert. Nach 6 Monaten waren die Lähmungen vollständig zurückgegangen. Zwei Skizzen erläutern die Lage des Tumors. *Jung* (Straßburg).

Rückenmark, peripherisches, sympathisches Nervensystem:

Rathery, F., Sémiologie du liquide céphalo-rachidien. (Die Pathologie der Cerebrospinalflüssigkeit.) Paris méd. S. 141—147. 1913.

Pathologische Zustände das Liquor cerebro-spinalis, die durch mechanische (Tumoren usw.) und durch entzündliche Faktoren bedingt sein können, sind mit Hilfe physikalischer, chemischer, histologischer Untersuchungsmethoden festzustellen.

Die physikalische Prüfung betrifft den Druck beim Ausfließen des Liquor cerebrospinalis, die Farbe, Durchsichtigkeit und das kryoskopische Verhalten. Bei der chemischen Untersuchung ist zu beachten, daß der Trockenrückstand sehr vermehrt ist bei: meningealer Blutung, Urämie, auch bei der Meningitis cerebrospinalis, sehr wenig bei tuberkulöser Meningitis. Die Eiweißprobe gibt normalerweise nur eine schwache Opaleszenz. Unter pathologischen Verhältnissen findet sich eine mehr oder weniger starke Eiweißreaktion. Bei Urämie ist ebenso wie im Blut eine Vermehrung des Harnstoffs nachzuweisen. Bei Hyperglykämie, bei Intoxikation, Infektionen, Gehirntumoren, cerebralen oder meningealen Blutungen, ferner nach Injektionen von Stovain in den Rückenmarckskanal, mit einem Wort bei allen Zuständen, die einen aseptischen Reizzustand der Meningen bedingen, ist eine Hyperglykose des Liq. cerebro-spinalis festzustellen. Bei Meningitis ist der Zuckergehalt herabgesetzt, ebenso im Anfang meningealer Blutung. Im Coma diabeticum, überhaupt bei Acetonämie ist Aceton, Acetessigsäure, ß-Oxybuttersäure in der Cerebrospinalflüssigkeit zu finden. Der Cholestearingehalt wechselt wenig. Bei Meningitis sind im Liquor die Chloride herabgesetzt. Eine sehr auffallende Herabsetzung derselben findet sich bei tuberkulöser Meningitis.

Normalerweise enthält der Liquor cerebrospinalis nur ganz vereinzelte zellige Elemente. Reichliche Erythrocyten finden sich bei meningealen Blutungen, polynukleäre Leukocyten bei Meningitis, Lymphocyten bei chronischen, besonders syphilitischen Entzündungen der Meningen. Von großer diagnostischer Bedeutung ist oft die bakteriologische Untersuchung des Liquor; die Prüfung diastatischer und katalytischer Eigenschaften kann unter Umständen von Nutzen sein. Endlich lassen sich im Liquor noch Hämolysine, Agglutinine, Precipitine usw. nachweisen. Zur Anstellung der Wassermannschen Reaktion wird der Liquor cerebrospinalis viel verwandt. *Konjetzny* (Kiel).

Gruber, Georg B., Symptome einer luetischen Meningomyelitis als „traumatische Neuralgie" vom R.-V.-A. anerkannt. Entschleierung durch die Obduktion. (*Krankenh. München r./I.*) Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwes. **20,** S. 1—18. 1913.

Ein 54jähriger Arbeiter verspürte nach unbedeutendem Kopftrauma Schmerzen im Nacken und Hinterhaupt, arbeitete am Unfalltag noch weiter, setzte dann aus. Zunächst wurde eine Muskelzerrung, späterhin eine traumatische Occipitalneuralgie angenommen, der Mann erhielt 20% Rente. Kurz nach dem Unfall war schon träge Pupillarreaktion aufgefallen, der Verletzte gab auch eine viele Jahre zurückliegende Genitalinfektion zu. Bei den Nachuntersuchungen wurde positive Wassermannsche Reaktion erhalten, manche Symptome erweckten Ver-

dacht auf Tabes, bzw. auf beginnende Paralyse. Nachweisbare Veränderungen am Herzen und an der Aorta wurden als arteriosklerotisch aufgefaßt. Ein Otologe fand einseitige Verkürzung der Knochenleitung und schloß daraus auf Hirnhautverwachsungen, ein anderer konstatierte normale Schalleitungsverhältnisse. Bei der Obduktion (nach Herztod) fand sich: Fettige und schwielige Degeneration des Herzmuskels, luetische Peri- und Mesaortitis, chronische syphilitische Meningomyelitis, fragliche beginnende Tabes. Die Wassermannsche Reaktion war sowohl im Blutserum als im Liquor cerebrospinalis der Leiche absolut positiv. Die Dura war nirgends mit dem Schädel verwachsen. Die Hinterhauptsschmerzen erklärten sich daraus, daß die syphilitischen Veränderungen der weichen Hirn- und Rückenmarkshaut bzw. ihrer Gefäße gerade in dem Abschnitt besonders stark entwickelt waren, den die Occipitalnerven bei ihrem Eintritt ins Rückenmark passieren müssen. Da die Schmerzen gleich nach dem Unfall auftraten, mußten entsprechende anatomische Veränderungen bereits vorhanden sein, es lagen also eigentlich keine Unfallfolgen vor. *Grashey* (München).

Hals.

Schilddrüse:

Luzzatti, T., I piccoli segni del distiroidismo. (Die leichteren Anzeichen der Dysthyreosis.) Riv. osped. **3**, S. 14—19. 1913.

Ausführliche, klare Zusammenstellung der verschiedenartigen Störungen der Haut und ihrer Organe, des Vasomotorensystems, der Verdauungstätigkeit, des psychischen Verhaltens und der Allgemeinkonstitution, wie sie unter den Bedingungen einer gesteigerten oder verminderten Schilddrüsentätigkeit in Erscheinung treten. Wir erkennen bestimmte Komplexe, welche dem Wesen des Hyperthyreoidismus entsprechen oder im Gegenteil auf Hypothyreoidismus zu beziehen sind. Im konkreten Falle finden wir jedoch oft eine Kombination von Symptomen, welche nicht den Gesetzen der einen oder anderen Richtung folgt, sondern deutliche Misch- und Übergangsformen erkennen läßt. So kann im Anschluß an eine Strumektomie zunächst eine partielle Insuffizienz zur Geltung kommen; später jedoch treten durch sekundäre Hypertrophie des Schilddrüsenrestes einzelne auf gesteigerter Funktion beruhende entgegengesetzte Erscheinungen zutage. Nur eine gewissenhafte Würdigung der Einzelsymptome kann in solchen Fällen eine bestimmte Direktive geben für eine erfolgreiche Therapie, welche die Aufgabe hat, das richtige Gleichgewicht wieder herzustellen. *Hotz* (Würzburg).

Crile, George W., The kinetic theory of Graves' disease. (Die kinetische Theorie des Morbus Basedowii.) Americ. journal of the med. scienc. **145**, S. 28 bis 41. 1913.

Keine der gangbaren Theorien über die Pathogenese des Morbus Basedowii genügt zur Erklärung aller einschlägigen Fälle. Crile nimmt an, daß chronische Gemütsbewegungen wie unglückliche Liebe, geschäftliche Sorgen usw. verantwortlich zu machen seien. Neben allen anderen Organen des Körpers erfahre hierdurch besonders die Schilddrüse tiefgreifende Veränderungen, die ihrerseits wieder auf das Nervensystem rückwirkten, so daß ein Circulus vitiosus resultiere. In der Erkenntnis obiger Tatsachen sucht C. die schwerwiegenden Nachteile gemütlicher Emotionen, wie sie eine Operation mit sich bringt, nach Möglichkeit auszuschalten, indem er — unter der Angabe eines Versuches mit konservativen Mitteln — die Patienten durch fingierte Inhalationen mit einem Narkosenapparat usw. zunächst einmal an die Vorbereitung zur Operation gewöhnt, um die Kranken dann zu günstiger Zeit durch Einschalten von Lachgas gewissermaßen ahnungslos in Schlaf zu bringen. Die auch in tiefster Narkose das Nervensystem treffenden sensiblen Reize schaltet Verf. aus durch gleichzeitige ausgedehnte lokale Anästhesie und erreicht damit einen Zustand, den er ‚Anociassociation" nennt. *Baruch* (Breslau).

Crouzon, O., et Folley, Radiothérapie du goître exophtalmique. (Behandlung der Basedow-Struma mit Röntgenstrahlen.) Journal de physiothérap. **11**, S. 40—43. 1913.

Verff. demonstrieren einen durch zahlreiche Röntgenbestrahlungen sehr günstig beeinflußten Fall von Basedow, der alle typischen Symptome in schwerster Form auf-

wies. Sie sprechen sich nach ihren Erfahrungen sehr für diese Therapie aus, die besonders Herzerscheinungen und Körpergewicht, in zweiter Linie Struma und Augensymptome wesentlich bessert. Die schweren Formen reagieren dabei leichter, als die „formes frustes". Über die Technik, — hohe Dosen, mittelharte Strahlen, Aluminiumfilter, keine Pigmentierung der Haut — werden Verff. noch berichten. *Hoffmann* (Dresden).

Thymus:

Luzzatti, T., Tentativi di reazione di fissazione del complemento nell' iperplasia del timo (asma timico) e nello stato timico-linfatico. (Untersuchungen über Komplementbindungsreaktion bei Thymushypertrophie [Asthma thymicum] und Status lymphaticus.) (*Clin. pediatr., univ. Roma.*) Riv. osped. **3,** S. 1—3. 1913.

Die Untersuchungen, analog denjenigen von Rosco bei Basedow zeigten bei zwei Fällen von Thymushypertrophie Neugeborener, daß das zur Komplementbindungsreaktion verwendete Serum (Technik nach Wassermann, Antigen: wässeriges Thymusextrakt eines an Bronchopneumonie verstorbenen Neugeborenen mit großer Thymus) nur negative Resultate ergab. Dieses Ergebnis kann jedoch auf der Verwendung eines ungeeigneten Antigens beruhen. Man müßte das Extrakt einer sicheren Basedow-Thymus als Antigen verwenden. Eine positive Reaktion ist vielleicht bei derartigem Komplement eher zu erwarten als bei Verwendung von normaler oder durch mechanische Stauung vergrößerter Thymus. *Hotz* (Würzburg).

Brust.

Allgemeines:

Betke, Resektion von tuberkulösen Bifurkationslymphdrüsen wegen Trachealstenose. (*Städt. Krankenh., Frankfurt a. M.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 157 bis 160. 1913.

Nach einer einleitenden Übersicht über die Indikationen zur Eröffnung des Mediastinums; 1. endzündliche Processe; 2. Tumoren des Mediastinums; 3. Hyperplasien des Thymus, wenn sie bedrohliche Erscheinungen hervorrufen; 4. Erkrankung der Lymphdrüsen — und einer kurzen Besprechung der einzelnen Gruppen gibt der Verf. die Krankengeschichte seines Falles, bei dem seines Wissens zum ersten Male eine durch tuberkulöse Drüsen der Bifurkation hervorgerufene Broncho-Trachealstenose operiert wurde.

Es handelte sich um eine 29jährige Frau mit einer Spitzentuberkulose, bei der sich bereits 2 Jahre vor der Operation die ersten Atembeschwerden bemerkbar machten. Bei der Aufnahme bestanden Atem- und Schluckbeschwerden, Reizhusten und Stauungserscheinungen von seiten des kleinen Kreislaufes. Die Behinderung der Atmung betraf im wesentlichen die Exspiration, die stark verlängert war und gequält und etappenweise erfolgte, in geringem Grade auch die Inspiration. Das Röntgenbild ergab als Wesentlichstes ovale, etwa wallnußgroße Schatten oberhalb der Abgangsstelle des rechten Bronchus längs der Trachea und in der Gegend der ganzen Bifurkation. Wegen zunehmender Atembeschwerden wurde die Mediastinotomia longitudinalis nach Sauerbruch und Schumacher ausgeführt und dabei eins der verhärteten Drüsenpackete aus dem Winkel zwischen Trachea und Bronchus nach Beiseitedrängung der Arteria und Vena anonyma ausgeschält. Der Versuch, weitere Drüsen zu exstipieren scheiterte an der einsetzenden venösen Blutung (Ast der Cava?). Überdruck war bei der Operation nicht erforderlich. Der postoperative Verlauf bot keine Komplikationen; nach Entfernung des eingelegten Tampons (3. Tag) war die Atmung bereits besser und bei der 4 Wochen später erfolgten Entlassung vollkommen frei und beschwerdelos. Auch die übrigen Symptome wie Reizhusten (erklärt durch Druck der Drüsen auf den Nervus recurrens) und Dysphagie gingen zurück. Der Erfolg der Operation war somit als guter zu bezeichnen und fordert zu weiterem chirurgischen Vorgehen in ähnlichen Fällen auf, wobei aber vom Verf. betont wird, daß dies selbstverständlich nur in Ausnahmefällen bei schweren Stenoseerscheinungen indiziert ist. *Bode* (Göttingen).

Balvay and Arcelin, The evolution of an artificial pneumothorax. (Die Entwicklung eines künstlichen Pneumothorax.) Arch. of the Roentgen ray. **17,** S. 300—304. 1913.

Die Verf. berichten über einen vollkommen normal verlaufenen und von bestem Erfolg gekrönten Pneumothoraxfall und bringen dann eine kurze Darstellung der Wirkungsweise des künstlichen Pneumothorax. *Schumacher* (Zürich).

Brustwand:

Stéfani, J., Tuberculome de la paroi thoracique simulant un myxome. (Tuberkulose der Brustwand, ein Myxom vortäuschend.) Lyon chirurg. **9**, S. 50 bis 52. 1913.

Inhalt geht aus dem Titel hervor.

Cumberbatch, E. P., Recurrent carcinoma of the breast treated by X-rays. (Carcinomrecidiv der Brustdrüse mit Röntgenstrahlen behandelt.) Proceed. of the roy. soc. of med. **6,** Electro-therap. sect. S. 38—40. 1913.

Weichert, Max, Über Mammaplastik. (*Allerhlg.-Hosp., Breslau.*) Berl. klin. Wochenschr. **3,** S. 103—107. 1913.

Bei Mammaamputationen ausgedehnte Hautdefekte zurückzulassen ist nicht ratsam, da später leicht Störungen durch Narbenzug auftreten. Nach Überpflanzung Thierschscher Lappen können sich Schmerzen in den Narben einstellen, besser ist es deshalb, den Defekt durch dickere Weichteilbedeckung zu schließen, und an der Hand von 4 Fällen wird gezeigt, wie nach dem Vorgehen anderer die gesunde Brustdrüse oder ein breitgestielter Lappen aus der Bauchhaut zur Plastik verwendet wurde. *Hohmeier* (Marburg).

Sauerbruch, F., und H. Elving, Die extrapleurale Thoracoplastik. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. **10**, S. 869—990. 1913.

Überblick über die Entwicklung der Methode, über ihre Grundlagen, Operationstechnik, Indikationen und die Erfolge bei der Behandlung der Lungentuberkulose. Die neueren Wege des extrapleuralen Vorgehens verfolgen zwei entgegengesetzte Richtungen. Nach dem Vorschlage Freunds wird durch Thoraxerweiterung über der Lungenspitze eine Entfaltung letzterer erstrebt. Demgegenüber bezweckt die Thoracoplastik Brauers (entsprechend der Pneumothoraxtherapie von Forlanini und Murphy) die funktionelle Ausschaltung der erkrankten Lunge. Durch Friedrich ist die Brauersche Idee technisch ausgestaltet worden. Im Gegensatz zu den partiellen Brustwandresektionen über Kavernen durch Quincke und Spengler bezweckt die Brauer-Friedrichsche extrapleurale Thoracoplastik die totale Retraktion einer ganzen Lunge. Während der Lungenkollaps durch die Pneumothoraxtherapie in gefahrloser Weise zu erzeugen ist, ruft die totale einzeitige Entknochung der Brustwand gewaltige Störungen der Atmung und Herztätigkeit hervor, hauptsächlich bedingt durch das „Mediastinalflattern" und die hierdurch entstehende „paradoxe" Atmung, die den Zustand dem des offenen Pneumothorax ähnlich macht. Die Gefahr der einzeitigen totalen Entknochung der Brustwand läßt sich nach Sauerbruch durch mehrzeitiges Vorgehen in nicht zu schnellen Intervallen verringern. Diese Methode ist den sogenannten partiellen Plastiken, der partiellen Resektion über dem Krankheitsherd nach Quincke-Spengler der axillaren und paravertebralen Resektion nach Boiffin und Wilms, der partiellen Resektion „am Orte der Wahl" nach Turban, der parasternalen und paravertebralen Resektion nach Quénu, Brauer und Wilms in seiner Wirkung überlegen.

Im allgemeinen ist bei der totalen Thoracoplastik von einem hinteren Hakenschnitt I oder II bis X oder XI Rippe, unten in 10—12 cm Länge, nach oben zu in kürzerer Strecke notwendig. Ob auch die I. Rippe, oder selbst die Clavicula nach Brauer zu resezieren ist, muß nach dem Fall entschieden werden. Bei vorwiegender Erkrankung des Oberlappens kann eine Resektion der oberen Rippen (von einem vorderen Bogenschnitt aus) genügen, doch ist in diesen Fällen wegen der Gefahr der Aspiration in die gesunden unteren Lungenabschnitte ein Kollaps derselben durch eine partielle Resektion der unteren Rippen oder einen vorher angelegten Stickstoffpneumothorax herbeizuführen.

Die Wirkung der Operation äußert sich in Verringerung des Sputums, Sinken der Temperatur und Besserung des Allgemeinbefindens. Das Entstehen florider Prozesse in gesunden Lungenteilen durch Aspiration oder Aufflackern latenter Herde ist möglich. In der gesunden Lunge entwickelt sich ein vikariierendes Emphysem. Die Wirbelsäule erfährt eine skoliotische Verbiegung konvex nach der kranken Seite. Die extra-

pleurale Thoracoplastik ist indiziert, wo die Pneumothoraxtherapie angezeigt, aber wegen Verwachsungen nicht durchführbar ist, also bei schwerer Erkrankung und Verwachsungen der einen Seite bei praktisch gesunder Lunge der anderen Seite. Besondere Indikationen können sein: protrahierte oder sich oft wiederholende Hämoptoë und Dyspnoe durch narbige Verziehung der Thoraxorgane. Bei Empyem könnte die Thoracplastik ausgeführt und das Exsudat sekundär entleert werden. Kontraindikationen sind selbst kleine Herde in dem Unterlappen oder der Hilusregion der anderen Seite, Darmtuberkulose, schlechter Allgemeinzustand, Anämie, Allgemeinkrankheiten, schlechtes Herz. Ungünstig sind auch die Fälle mit Bronchialfisteln. Das für die Operation geeignetste Lebensalter liegt zwischen dem 20.—30. Lebensjahr. Bei jüngeren Individuen ist die Thoracoplastik wegen der Nachgiebigkeit des Thorax im allgemeinen nicht nötig. In höheren Jahren ist die einzeitige Operation zu gefährlich, während die mehrzeitige modifizierte Operation bis zum 50. Lebensjahre mit Erfolg ausgeführt worden ist. Die Statistik der Sauerbruchschen Fälle (deren genaue Krankengeschichten als Anhang mitgeteilt sind): bei 41 Fällen: 6 Todesfälle = 17%, Operationstodesfälle = 1%, Spättodesfälle = 5%, Geheilt = 8%, Erheblich gebessert = 13%, Unverändert = 3%, Verschlechtert = 4%. *Heller* (Leipzig).

Speiseröhre:

Lewisohn, Richard, A new principle in oesophagoscopy and gastroscopy. (Ein neues Prinzip in Oesophagoskopie und Gastroskopie.) Ann. of surg. **57**, S. 28—42. 1913.

Ein Oesophagoskop muß nach Ansicht des Verf. folgende Erfordernisse erfüllen: 1. Es muß eingeführt werden können bei natürlicher Kopfhaltung, 2. Es muß so konstruiert sein, daß es tatsächlich in der Längsachse der Speiseröhre läuft und nicht in einem Winkel zu dieser Achse. 3. Es muß unter Führung des Auges in der Speiseröhre eingeschoben werden können. Dem Verf. ist es gelungen, ein solches Instrument zu konstruieren. Er nennt es rechtwinkliges teleskopisches Oesophagoskop. Es besteht aus zwei Teilen, die auseinandergenommen werden können, einem Horizontalstück, das vom Auge des Beschauers bis an die hintere Rachenwand reicht und vorn unten einen Handgriff hat, und einem Vertikalstück, das in die Speiseröhre zu liegen kommt und aus 6 teleskopisch ineinandergeschobenen Tuben sich zusammensetzt. Die Beleuchtung geschieht durch eine besonders lichtstarke Lampe, welche außen am Horizontalstück oberhalb des Auges des Beschauers angebracht ist und deren Licht durch einen Spiegel in die Lichtung des Horizontalstücks geworfen wird. Ein zweiter Spiegel ist am Winkel des Instruments (an der Stelle der hinteren Rachenwand). Man führt das Instrument mit geschlossenem Teleskopteil ein. Durch Verschieben eines langen, biegsamen Leitstabes, welcher in einem besonderen Kanal gleitet und der am oberen Ende der innersten (untersten) Tube ansetzt, werden die Tuben unter Leitung des Auges vorgeschoben. Die Untersuchung mit diesem Instrument ist für den Kranken ungleich weniger strapaziös als mit den gewöhnlichen Instrumenten. Verf. ist dabei, eine für das Instrument brauchbare Zange zu schaffen und es zum Gastroskop auszubauen. *Burckhardt* (Berlin).

Sencert, L., Le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'oesophage. (Die Behandlung der narbigen Verengerungen der Speiseröhre.) Journal de chirurg. **10**, S. 1—20. 1913.

Die Verätzungen der Speiseröhre (selten Verbrühungen durch zu heiße Getränke oder Speisen) können 1. ganz leichte sein (den Verbrennungen der Haut ersten und zweiten Grades entsprechend), 2. mittelschwere nur die Schleimhaut betreffende. Erstere heilen völlig aus, letztere lassen zirkuläre, halbmondförmige oder ringförmige Schleimhautverengerungen zurück. Die ganz schweren (3) treffen auch die tieferen Schichten der Speiseröhre. Endgültige Heilung tritt oft erst nach vielen Monaten ein. Es kommt zu derben Narbenstenosen, von ringförmigen und röhrenförmigen bis zu völlig die Lichtung verschließenden. Ist die Verengerung noch einigermaßen durchgängig, so hypertrophiert die oberhalb liegende Muskulatur, desto mehr, je näher der Stenose: die Lichtung wird trichterförmig. Ist die Verengerung hochgradig, so entsteht oberhalb eine Ausweitung. Diesen endgültigen Zuständen gehen am Anfang die akuten Erscheinungen, in der Folgezeit die Symptome der Abstoßung des Schorfs mit Geschwürsbildung, unter Umständen vorübergehende Wiederherstellung der Schluckmöglichkeit voraus.

I. Behandlung der endgültigen Zustände: 1. Ist die Verengerung durchgängig, ihre Höhe unbedeutend, so kann man erst Versuche mit subcutanen Injektionen von Fibrolysin oder Thiosinamin machen. Kauterisation ist zu verwerfen; ebenso gewaltsame Dilatation. Man hat vielmehr die Wahl zwischen allmählicher Dilatation, wobei man das Bougie einige Minuten bis zu $^1/_2$ Stunde einwirken läßt, und Dauerbougierung, am besten mit Gummibougies oder Kautschukschläuchen, die bis 48 Stunden liegen bleiben können. Beides stets unter Leitung des Oesophagoskops. Ist die Ausweitung bereits genügend, so kann mit „einfacher Dilatation", d. h. ohne Oesophagoskop, fortgefahren werden. Kommt man mit diesen Verfahren nicht zum Ziel, so greift man zur Elektrolyse, am besten der zirkulären, wobei eine olivenförmige Nickelelektrode mit einem Strom von 12—15 Milliampère eingeführt wird. (Die andere Elektrode auf die Brust.) Oesophagotomie ist gefährlich, darf nur angewandt werden bei klappenförmigen oder bei sehr kurzen kallösen Verengerungen. 2. Bei den undurchgängigen oder sehr schwer durchgängigen Verengerungen muß man gastrostomieren. Füttert man den Patienten einige Zeit durch die Magenfistel, so gelingt es oft später unter Leitung des Oesophagoskops, die Verengerung zu passieren und die Sondierung ohne Ende nach v. Hacker einzuleiten, und man hat oft staunenswerte Erfolge. Schließlich bleibt noch die retrograde Bougierung zu versuchen. Man führt in den Magen ein Endoskop ein, dringt durch die Kardia vor. Oft gelingt es, die Öffnung der Stenose zu finden, wenn der Patient eine farbige Flüssigkeit schluckt. Kann man ein Bougie einführen, dann Bougierung ohne Ende. Sind alle diese Methoden erfolglos, dann bleibt nur die Oesophagojejunogastrostomie nach Roux oder die Bildung eines Hautschlauches. II. Ganz Anderes wird vom Chirurgen verlangt bei frischen Fällen. Man wartet ab, bis die stürmischen Erscheinungen verschwinden und hat vor allem zu sorgen, daß der Patient nicht verhungert durch Anlegen einer Magenfistel zu rechter Zeit. Besonders zu beachten ist, daß man nach Aufhören der akuten Erscheinungen nicht beginne zu bougieren, ohne sich durchs Oesophagoskop überzeugt zu haben, ob wirklich alles heil ist. Gewöhnlich findet man nämlich, daß noch ausgedehnte Verschwärungen bestehen. Patient muß dann noch Wochen und Monate durch die Magenfistel ernährt werden, ehe man an die Behandlung der Speiseröhre selber gehen kann. *Burckhardt* (Berlin).

Brustfell:

Frank, E. S., Bacillus paratyphosus-B in een Pleura-exsudaat. (Bacillus paratyphosus-B in einem Pleuraexsudat). Nederlandsch. Tijdschrift voor Geneeskunde **1** S. 89—91. 1913. (Holländisch.)

Kasuistischer Beitrag. Ein 2jähriges Kind erkrankt akut unter Erscheinungen, welche die Diagnose Pneumonie stellen lassen; nach 14 Tagen wird ein Pleuraexsudat gefunden; durch Punktion gewinnt man eine Flüssigkeit, aus welcher die Paratyphus-B.-Bacillen gezüchtet werden. Heilung. *van Delden* (Wien).

Chandler, Un cas d'empyème chez un nourrisson de cinq semaines, avec opération et guérison. (Empyem bei einem Säugling von 5 Wochen.) Clin. infant. **11**, S. 78—81. 1913.

Herzbeutel, Herz:

Plaut, Martha, Über zwei weitere Fälle von Defekt des Herzbeutels. *(Pathol. Inst., Univ. München.)* Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. **12**, S. 141—156. 1913.

Mißbildungen, d. h. Defektbildungen des Herzbeutels, sind sehr selten, besonders bei normaler Lage des Herzens. Nach Hinweis auf die Literatur und die Beziehungen des Herzens zur linken Pleurahöhle, sowie die Phrenikusverhältnisse und die mutmaßliche Pathogenese der Mißbildungen beschreibt Verf. zwei weitere Fälle von Defektbildung fast des ganzen Herzbeutels. Es handelt sich um zwei als Nebenbefunde festgestellte Anomalien, die dem am häufigsten beobachteten Typus angehörten, bei dem das Herz in die linke Pleurahälfte gelagert ist. Die Nichtbildung der Abschlußmembran zwischen der linken Lunge und dem Herzen, die etwa in der 5. Woche des intrauterinen Lebens stattfinden sollte, ist die mutmaßliche Ursache der Mißbildung. *Kleinschmidt* (Leipzig).

Mittelfell:

Dunn, Arthur D., and John E. Summers, Observations on a case of mediastinopericarditis treated by cardiolysis (Brauer). (Beobachtungen bei einem

mit Kardiolyse [Brauer] behandelten Fall von Mediastinoperikarditis.) Americ. journal of the med. scienc. **145**, S. 74—82. 1913.

29jähriger Patient hatte als einzige frühere Krankheit mit 11 Jahren Diphtherie durchgemacht. Vor 3 Jahren begannen seine Beschwerden, die sich allmählich zu hochgradigen Herzinsuffizienzerscheinungen steigerten (Orthopnöe, Herzverbreiterung, Lebervergrößerung, Ascites, Ödeme, Albuminurie). Nach 3wöchentlicher Bettruhe wurde Kompensation erreicht und dann die Kardiolyse (Summers) vorgenommen. N-förmiger Hautweichteilschnitt mit lateraler Basis. Von der III., IV., V. und VI. Rippe wurden Knochenknorpelstücke reseziert, so daß Perikard und Pleura in einem 5 : 4,5 Zoll großen Bezirk freilagen. Das Perikard war mit der Brustwand verwachsen. Guter Heilverlauf. Die Verff. heben hervor, daß die Störungen einsetzten zur Zeit, da die Brustwand starrer zu werden begann. Die Besserung der Herzaktion durch die Kardiolyse wird durch verschiedene Radialispuls-, Venenpuls- und Spitzenstoßkurven illustriert. *Schumacher* (Zürich).

Bauch und Becken:

Allgemeines:

Symington, J., The abdomino-pelvic cavity. (Die Bauch- und Beckenhöhle.) Journal of anat. a. physiol. **47**, S. 143—158. 1913.

Die Schrift beschäftigt sich mit der Form und Kapazität der Bauchhöhle. Die Ergebnisse der Untersuchungen vermittelst horizontaler und saggitaler Schnitte, ferner Füllung der Hohlorgane mit Gelatine, haben im wesentlichen anatomisches und morphologisches Interesse, sie sind für den Chirurgen wenig verwertbar. Wissenswert ist die Kapazität der Beckenbauchhöhle. Sie betrug bei einem 15jährigen Jungen 4,200 ccm, bei einem 50jährigen Mann 5000 ccm. *Iselin* (Basel).

Martius, K., Ein Fall von persistierender wahrer Kloake mit bandförmigem Ovarium und anderen seltenen Mißbildungen im Urogenitalsystem. *(Senckenberg. pathol. Inst., Frankfurt a. M.)* Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. **12**, S. 47—62. 1913.

Frühgeburt im 7. Monat. Kind in Becken-Endlage starb während der Geburt, weil der stark aufgetriebene Bauch der Frucht ein absolutes Geburtshindernis bildete. Die Sektion ergab eine Fülle von Mißbildungen, von denen die wichtigste eine Atresia ani ist, nebst persistierender Kloake, die eine enorme Erweiterung ihrer Höhle zeigte und dadurch zu dem Geburtshindernis wurde.

Es fand sich außerdem leistenförmige Anlage der Plicae urorectales, Verlagerung der linken Niere über die rechte. Verwachsung beider Nieren, von denen die rechte klein und ungelappt ist, mit erweitertem Nierenbecken und Ureter, die linke eine Cystenniere mit Obliteration des Ureter. Rudimentäres, bandförmiges, quer durch die Bauchhöhle verlaufendes Ovarium. An der Stelle des Tubenwinkels blind endigender linker Müllerscher Gang (Tube). Gerade abwärts gerichteter Verlauf der rechten Tube ohne Annäherung an die Mittellinie. Uterus unicornis rechts. Vollkommener hymenartiger Verschluß der Vagina an der Kloakenwand. Pseudohermaphroditismus feminismus externus. Mangelhafte Entwicklung und Drehung des Colon ascendens. Gemeinsames Mesenterium der Darmschlingen. Nebenmilz. Fehlen der rechten, Erweiterung der linken Nabelarterie. Große Art. iliaca ext. sin. und einige kleine Äste für das rechte Bein. Verschluß des Pulmonalostiums. Atrophie des rechten Ventrikels. Fehlen der 5. und 6. Rippe. Rachischisis sakrolumbalis, partielle Amyelie.

Nach der mitgeteilten Literatur sind persistierende Kloaken sehr seltene Mißbildungen. Eine zweite Mitteilung von bandförmigem Ovarium findet sich in der Literatur nicht. *Rost* (Heidelberg).

● **Hausmann, Th., Die luetischen Erkrankungen der Bauchorgane.** Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Verd.- u. Stoffw.-Krankh. 4, H. 5. Halle a. S., Marhold. 1913. 68 S. M. 1,80.

In einer Monographie von 68 Seiten behandelt der früher in Orel und Tula (Rußland) tätig gewesene Verfasser das obige Thema, welches bisher nicht monographisch zur Darstellung gelangt ist. Am eingehendsten wird die Pathologie und Klinik der Magensyphilis sowie das Kapitel der wenig bekannten luetischen Retroperitoneal- und Mesenterialtumoren besprochen, auf welchem Gebiete dem Verf. im besonderen eigene Erfahrungen zu Gebote stehen. Wenn es einem einzelnen Beobachter gelingen konnte, von diesen für so äußerst selten gehaltenen Erkrankungen mehrere Fälle zu sammeln, nachdem einmal die Aufmerksamkeit darauf gerichtet war, so sei der Schluß naheliegend, daß derartige Veränderungen offenbar meist verkannt werden. Bei Operationen und Autopsien werden auch nach anderen Autoren solche luetischen Abdominaltumoren leicht für Sarkome oder tuberkulöse Lymphome gehalten, auch histolo-

gisch mit Sarkomen verwechselt, das luetische Magengeschwür als Ulcus pepticum angesehen. Verf. will daher mit seiner Arbeit in der Hauptsache darauf hinwirken, daß in Zukunft differentialdiagnostisch häufiger als bisher an die Lues der Abdominalorgane gedacht wird. Im übrigen wird systematisch die Lues von Speiseröhre, Darm, Mastdarm, Leber, Pankreas und Milz abgehandelt. Der Chirurg dürfte in der Schrift manches Wertvolle finden. Literaturverzeichnis von 177 Nummern. *Hartert* (Tübingen).

Tourneux, J.-P., Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu intéressant l'estomac et le rein. (Schuß durch Magen und Niere.) Bull. méd. **27**, S. 35 bis 37. 1913.

Junger Mann erhielt aus 5—6 m einen Revolverschuß gegen die linke Oberbauchseite. Unter der Haut der hinteren Nierengegend war die Kugel zu fühlen. Nach 3/4 Stunden schnitt Tourneux — ohne Assistenz — längs des linken Rippenbogens ein, verlor den Schußkanal in den Muskeln, eröffnete aber doch den Leib, nähte je ein Loch an der vorderen und an der hinteren Magenwand, drainierte und schloß die Wunde, ohne wegen des schlechten Befindens des chloroformierten Verletzten die Niere untersuchen zu können. Einige Tage Schwellung der Nierengegend und Blutharnen. Dann guter Verlauf. Nach 4 Wochen Eröffnung eines Eiterherdes hinter der Niere, der vermutlich entstanden war, als die zunächst guten Abfluß nach dem Harnleiter zu sichernde Schußfistel sich verlegt hatte. Volle Heilung.
Georg Schmidt (Berlin).

Rieck, Darmverschluß nach Entbindungen bei plattem bzw. rachitisch plattem Becken. Zentralbl. f. Gynäkol. **37**, S. 19—23. 1913.

Verf. beobachtete bei einer Patientin mit stark vorspringendem Promontorium, bei welcher im unmittelbaren Anschluß an einen bei ihr ausgeführten transperitonealen Kaiserschnitt ileusartige Erscheinungen aufgetreten waren, daß bei Vornahme hoher Einläufe das Darmrohr sich abknickte. Der hoch in das Rectum eingeführte Finger ließ erkennen, daß das Rectum zwischen Uterus und Promontorium vollkommen abgeklemmt war. Durch ein eingeführtes Darmrohr gingen sofort Flatus und dünnflüssiger Stuhl ab. Patientin genaß. — Auf Grund der Beobachtung dieses bisher nur wenig bekannten Mechanismus empfiehlt Verf. beim Auftreten von Stuhlverstopfung oder Ileus bei Frauen mit platten und rachitisch platten Becken, bei welcher wir ausschließlich ähnliche Vorgänge erwarten können, neben frühzeitiger Seiten- bzw. Knieellenbogenlage die Einführung des Darmrohrs unter Leitung des Fingers.
Kayser (Köln).

Bauchfell:

Lippens, Adrien, La physiologie normale et pathologique du péritoine. (Physiologie und Pathologie des Bauchfelles.) Presse méd. **21**, S. 23—24. 1913.

Verf. hat sich ebenso wie Roussiel, den er häufiger anführt, eingehend mit Versuchen beschäftigt, die dartun sollen, welchen Einfluß in die Bauchhöhle eingeführte Gase auf ein normales, ein aseptisch und ein eitrig entzündetes Peritoneum ausüben. Es ist bekannt, daß ein in die Bauchhöhle eingeführtes Gas sofort einen Gasaustausch zwischen Blut und Bauchfell hervorruft. Man findet z. B. nach Einführung von N Sauerstoff und Kohlensäure vor. Die Absorption eines Gases hängt von seiner Löslichkeit im Blut ab. Je leichter löslich, desto schneller die Absportion. So wird CO_2 in 30 Minuten, O in 12—16 Stunden absorbiert, während die Absorption des Stickstoffes am längsten dauert. Beim normalen Peritoneum entsteht nach Einführung von N. O. CO_2 und Luft in den Gefäßen des Mesenteriums und des Darmes eine Hypoleukocytose von ca. 4 Stunden Dauer, die durch eine Hyperleukocytose abgelöst wird (für O und Luft von 44 Stunden Dauer, für CO_2 von 24 Stunden und für N. von 48 bis 60 Stunden Dauer). Der Leukocytose folgt eine Diapedese von Leukocyten und Hämatin, welche bei CO_2 nach 4 Stunden, bei Luft und O nach 10 Stunden und bei N nach 24 Stunden wieder verschwindet. Im gesamten Blutkreislauf erzeugt O und Luft eine Leukocytose, CO_2 eine Hypoleukocytose, während N keine Wirkung ausübt. Bei einem aseptisch entzündeten Peritoneum wird durch Gaseinführung das vorhandene Exsudat vermehrt (besonders schnell durch CO_2), die Resorption dagegen verzögert (besonders durch N). Das große Netz spielt bei der Resportion von Exsudaten eine große Rolle. Bei einem eitrig entzündeten Peritoneum verstärkt O die phagocytären Eigenschaften der Leukocyten gegenüber Staphylo- und Streptokokken, während N und CO_2 eine ungünstige Wirkung auf die Phagocytose ausüben.
Rothfuchs (Hamburg).

Salager et Roques, Une observation à propos des péritonites biliaires. Montpellier méd. **36**, S. 67—69. 1913.

Die Verff. berichten über eine 32jährige Patientin, welche 2 Tage vor ihrer Entbindung mit einem heftigen Schmerz in der rechten Unterbauchseite, hoher Pulsfrequenz und Temperatursteigerung erkrankte. Trotzdem ging die Entbindung 2 Tage später glatt vonstatten. Gleich hinterher erneuter Schmerzanfall, bei dem man eine druckempfindliche Anschwellung in der

rechten Bauchseite zu fühlen glaubte. 4 Monate später erneute Erkrankung mit Erbrechen, hoher Pulsfrequenz und peritonitischen Erscheinungen, welche in $1^1/_2$ Tagen zum Tode führten. Die Autopsie ergab in der Bauchhöhle eine safrangelbe Flüssigkeit. Das Peritoneum hatte dieselbe Farbe. Im kleinen Becken waren die Darmschlingen stellenweise entzündlich gerötet und mit Fibrinbeschlägen bedeckt. Im übrigen fanden sich die Zeichen einer frischen Peritonitis. Die Gallenblase wies nirgends eine Perforation auf und war prall mit flüssiger, bilirubinhaltiger Galle gefüllt, von derselben Farbe wie die Peritonealflüssigkeit. Letztere erwies sich bei der späteren Untersuchung ebenfalls als Galle. Im Choledochus befand sich ein olivenkerngroßer Stein. Die Genitalien sowie die übrigen Bauchorgane waren ohne krankhaften Befund. In den Lungen befanden sich einzelne pneumonische Herde. Da eine Peritonitis genitalen Ursprunges auszuschließen war, so kamen die Verff. zu dem Schluß, daß es sich im vorliegenden Fall um eine Peritonitis durch Transsudation der Galle durch die Wände der gespannten Gallenblase hindurch ohne Perforation derselben gehandelt habe.

Burk (Stuttgart).

Geipel, P., Cystenbildung des Bauchfells bei Tuberkulose. (*Stadt-Krankenh., Dresden-Johannstadt.*) Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. **24,** S. 10—12. 1913.

Einleitend stellt Verf. den kongenital entwickelten Cysten solche gegenüber, die ihre Entstehung einer mechanischen Behinderung des Abflusses der Lymphflüssigkeit verdanken. Er schildert dann ausführlich einen Fall sekundärer Cystenbildung am Darm, hervorgerufen durch tuberkulöse Darmgeschwüre.

Bei einer 26jährigen Frau, die an ausgedehnter Lungen- und Darmtuberkulose litt, fand er im Ileum gegenüber dem Mesenterialansatz an 5 Stellen im Bereich tuberkulöser Darmgeschwüre mehrere teils breitbasig, teils gestielt aufsitzende Cysten von Kirschkern- bis über Haselnußgröße. Die Wand bestand aus mehrschichtigen Bindegewebslagen und wurde von einem Gefäßnetz durchzogen, welches den Peritonealgefäßen angehört. Die Innenfläche besaß kein eigentliches Endothel, sondern wurde überzogen von den flach gedrückten Zellen der ausgezogenen inneren Gewebslagen.

Nach Ansicht Geipels nehmen die Cysten ihren Ausgang von erweiterten Lymphgefäßen an der Bauchfellfläche tuberkulöser Darmgeschwüre. Den Darmgeschwüren kommt insofern ein ursächliches Moment zu, als die tuberkulösen Granulationen die abführenden Lymphwege verlegen, wobei aber der Zufluß erhalten bleibt. Dazu kommt noch die entzündliche Veränderung des Peritoneums, so daß mechanische und entzündliche Verhältnisse für die Entstehung der Cyste in Betracht zu ziehen sind. Weiterhin regen die Tuberkulose und die Füllung der Cyste zu einer reaktiven Wucherung der Wand an. Trotz dieser Erklärung der Vergrößerung und des Wachstums der Cyste bleibt die wahre Ursache unbekannt; denn man weiß nicht, weswegen sonst bei tuberkulösen Darmgeschwüren eine derartige Cystenbildung ausbleibt. *Hagemann.*

Lewicki, Z., Założenie przetoki jelitowej z powodu porażenia jelit w przypadku rozlanego zapalenia otrzewnej. (Darmfistel bei allgemeiner Peritonitis.) Przegląd lekarski **52,** S. 49—50. 1913. (Polnisch.)

Die Patientin wurde wegen peritonitischer Erscheinungen am 10. Tage nach einem Anfall von Appendicitis operiert. Da nach 3 Tagen die Erscheinungen der Darmparese nicht nachließen, schritt Verf. zur Anlegung einer Fistel. Danach sofortige Besserung und Heilung.

Wertheim (Warschau).

Hernien:

Gange, F. W., A case of strangulation occurring in a ventral hernia. (Ein Fall von Einklemmung in einer Ventralhernie.) Lancet **184,** S. 318. 1913.

Kasuistische Mitteilung.

Syring, Coecum-Dünndarm-Volvulus in eingeklemmter Hernie. (*Chirurg. Klinik, Bonn.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **82,** S. 695—701. 1913.

Bei einer 58jährigen Frau wurde eine rindskopfgroße, rechtsseitige Schenkelhernie 14 Stunden nach erfolgter Einklemmung operiert. Im Bruchsack lag das mit langem Mesocoecum versehene Coecum und die angrenzende Ileumschlinge von 40 cm Länge. Beide Darmteile waren um das gemeinsame Mesentrium ileocoecale als Stiel um 180° gedreht, die Torsionsstelle lag in der schnürenden Bauchpforte, Retorsion, Reposition, Schluß der Wunde, Heilung.

Da der Fußpunkt des Volvulus gerade im schnürenden Bruchring lag und nicht peripher von diesem, wie es bei primärer Incarceration und sekundärem Volvulus zu zu erwarten wäre, so wird der Volvulus als das Primäre angesehen, der in der großen

Hernie zustandekam und dann durch Stauung die Incarceration bedingte. Der Fall ist danach als ein weiterer Beweis dafür anzusehen, daß die Näherung der Fußpunkte der Volvulusschlingen eine wesentliche Rolle beim Zustandekommen der Torsion spielt. Kurze Anführung und Kritik der geringen Zahl bisher beschriebener Fälle von Dünndarm- und besonders Coecum-Dünndarm-Volvulus in eingeklemmter Hernie. Da im beschriebenen Fall die Incarceration durchaus das Bild beherrschte, war die spezielle Diagnose ante operationem nicht zu stellen.

Anhangsweise wird dann ein Fall von Dünndarmvolvulus in einer carcerierten Leistenhernie beschrieben bei einem 62jährigen Mann. Bei der Operation, 7 Stunden nach der Einklemmung, wurden 230 ccm Ileum reseciert; Heilung. Es wird in diesem Falle angenommen, daß beim Eintritt des großen Dünndarmkonvolutes in den Bruch zufällig eine Torsion stattfand und dann die Stauung die Einklemmung verursachte. *Eugen Schultze* (Berlin).

Trazzi, Nestore, Contributo clinico alla cura radicale dell'ernia ombelicale e dell'ernia della parete addominale. (Klinischer Beitrag zur Radikaloperation der Nabel- und Bauchhernien.) Gaz. degli osp. e delle clin. **34,** S. 33—36. 1913.

Zwecks Vermeidung der bei Nabel- und Bauchhernien so häufigen Operationsrezidive beschreibt Verf. das an der chirurgischen Abteilung des Bürgerspitals von Suzzara geübte Operationsverfahren. Ellipsenschnitt über der Bruchgeschwulst bis auf die Fascie. Dann wird in der Längsrichtung der Bruchsack eröffnet und die Verwachsungen zwischen Netz, Därmen und Bruchsack werden beseitigt. Präparation der einzelnen Gewebsschichten unter Einführung von 2 Fingern der linken Hand in die Bauchhöhle. Spaltung der beiden Blätter der Rectusscheiden am inneren Rand. Exstirpation des Fettgewebes im Zusammenhang mit dem Bruchsack en bloc. Nach Regulierung der Wundränder und Vollendung der Präparation der einzelnen Gewebsschichten erfolgt die Naht. Das Peritoneum mit dem daraufsitzenden Blatt der hinteren Rectusscheide wird durch Matratzennaht, die man ab und zu knotet, geschlossen. Dann erfolgt die Naht des Muskels nebst vorderem Aponeurosenblatt mit 2—3 starken Seidenknopfnähten, welche 2 cm vom medialen Muskelrand entfernt durchgestochen, aber noch nicht geknotet werden. Das vordere Blatt der Rectusscheide wird in der Längsrichtung mittels Kappnaht mit eingestreuten Knoten vereinigt. Dann erst werden die 2—3 den Muskel mitfassenden Seidenknopfnähte verknüpft. So wird der Zweck erreicht, den inneren Rand der Recti ohne direkte Naht in gegenseitigen engen Kontakt zu bringen. Die direkte Naht könnte, da sie eine Zerrung der Muskelfasern in senkrechter Richtung ausübt, durchschneiden; außerdem hätte eine fortlaufende Naht oder eine solche mit dichten Knopfnähten zur Folge, die Ernährung der beteiligten Muskeln zu beeinträchtigen. Die Haut wird ebenfalls der Länge nach genäht. Als Nahtmaterial wird stets Seide benutzt. — Die Idee des erwähnten Operationsverfahrens besteht in einer Rekonstruktion der normalen Bauchwand an der Bruchstelle, hauptsächlich also in Schaffung einer soliden und dauerhaften Muskelbarriere. Verf. fügt verschiedene interessante Krankengeschichten nebst Abbildungen der Arbeit bei.

Burk (Stuttgart).

Magen, Dünndarm:

Katsch, Gerhardt, und Eduard Borchers, Beiträge zum Studium der Darmbewegungen. Mittlg. 1: Das experimentelle Bauchfenster. *(Stadt-Krankenh., Altona.)* Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therap. **12,** S. 225—236. 1913.

Um bei Tieren die Bewegungen des Magendarmes unter möglichst physiologischen Bedingungen beobachten zu können, empfehlen die Autoren ein Bauchfenster aus dünnem Celluloidplättchen. Dasselbe wird durch fortlaufende Naht an die Ränder des Muskelfensters befestigt. Die Ränder des Hautfensters, welches kleiner gemacht wird als das Muskelfenster, werden, zur Herstellung eines hermetischen Abschlusses, durch Collodium auf dem Celluloidplättchen fixiert. Die Autoren glauben, daß diese Methode selbst dem Röntgenverfahren in einigen Punkten überlegen sei. *Stierlin* (Basel).

Katsch, Gerhardt, und Eduard Borchers, Beiträge zum Studium der Darmbewegungen. Mitteilg. 2: Über physikalische Beeinflussung der Darmbewegungen. (*Stadt-Krankenh., Altona.*) Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therap. **12,** S. 237—252. 1913.

Beobachtungen mit der Celluloidbauchfenstermethode am Kaninchen. Die aus früheren experimentellen Studien bekannten Gesetze der Darmbewegungen werden nachgeprüft. Am Dünndarm sieht man gewöhnlich nur Pendelbewegungen, die als longitudinales, als transversales und als gemischtes Pendeln unterschieden werden. Das Querpendeln tritt nur bei gefülltem Dünndarm auf. Peristaltische Wellen werden nur selten beobachtet. Die Rollbewegungen sind pathologisch gesteigerte Wellen. Nach großen Mahlzeiten macht sich eine ausgesprochen Periodizität in der Dünndarmtätigkeit geltend, indem Phasen intensiver motorischer Tätigkeit mit solchen absoluter Ruhe abwechseln. Es wurde ferner der Einfluß folgender Reizmittel

auf den Darm bei Applikation derselben auf die Bauchhaut geprüft: 1. Kälte bewirkte Tonuserhöhung, Ruhigstellung und Anämisierung des Darmes. 2. Wärme erzeugte Bewegungssteigerung und Hyperämie, namentlich des Dünndarms. 3. Massage und 4. Elektrizität hatten nur ausnahmsweise einen anregenden Einfluß auf die Darmbewegungen. Auf Anfüllen des Rectums mit Luft oder Wasser reagiert der Dünndarm zuerst mit Ruhigstellung. *Stierlin.*

Katsch, Gerhardt, Beiträge zum Studium der Darmbewegungen. Mitteilg. 3: Pharmakologische Einflüsse auf den Darm (bei physiologischer Versuchsanordnung). (*Stadt-Krankenh., Altona.*) Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therap. **12,** S. 253—289. 1913.

Versuche an 10 Kaninchen mit Bauchfenster. Geprüft wurden auf ihre Darmwirkung 1. die Vagusreizer Pilocarpin und Physostigmin. Sie erzeugen beide starke Motilitätssteigerung und Hyperämie. Am Dünndarm kommt es zu starker, ungeordneter Peristaltik und zu Spasmen ganzer Schlingen. 2. Atropin (Vaguslähmer) setzt Intensität und Frequenz der Darmbewegungen herab. 3. Adrenalin bei Injektion bewirkt plötzlichen Stillstand und Anämie des ganzen Darmes und ist in bezug auf die Darmwirkung als Antagonist des Physostigmin zu betrachten. 4. Nikotin wirkt ähnlich wie Adrenalin, doch wurden nur hohe Dosen verwendet. 5. Coffein erzeugte bei den zwei angestellten Versuchen kurzdauernde Blässe und Bewegungshemmung des Darms. 6. Nach Injektion von Hypophysenextrakt erfolgte mächtige Steigerung der Darmbewegungen mit lebhafter Inhaltsbeförderung. 7. Durch Morphininjektion (namentlich intravenöse) erfolgte zuerst eine kurze vollständige Hemmung der Bewegungen, verbunden mit Erblassen des Darmes (Reizung des splanotinschen Hemmungsapparates), hernach eine längere Zeit anhaltende Herabsetzung der Motilität, und zwar auch am ungereizten Darm. Befand sich der Darm primär in gereiztem Zustand, so kam die beruhigende Wirkung des Morphins auffälliger zur Geltung. Pantopon, Opon und salzsaures Apokodein wirkten ähnlich. *Stierlin.*

Katsch, Gerhardt, Beiträge zum Studium der Darmbewegungen. Mitteilg. 4: Psychische Beeinflussung der Darmmotilität. (*Stadt-Krankenh., Altona.*) Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therap. **12,** S. 290—294. 1913.

Hemmung der Darmbewegung bei Emotion, Unlustgefühle, Schmerz wurde durch das experimentelle Bauchdeckenfenster beim Kaninchen sehr deutlich beobachtet. Wenn sich das Versuchstier an den Schreck auslösenden Einfluß durch mehrmalige Wiederholung desselben gewöhnt hatte, so blieb die Darmwirkung aus. Lustaffekte (z. B. das Hinhalten von Nahrung) regten die Darmtätigkeit mächtig an. *Stierlin* (Basel).

Bruegel, Carl, Bewegungsvorgänge am pathologischen Magen auf Grund röntgenkinematographischer Untersuchungen. (*Röntgeninst. Dr. Bruegel u. Dr. Kaestle, München.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 179—181. 1913.

Bruegel betont die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung bei Erkrankungen des Magens; doch genügt in manchen Fällen die Leuchtschirmbeobachtung und die Einzelaufnahme nicht zum Rückschluß auf den Gesamtablauf einer Magenperistole; erst eine kinematographische Serie bringt dann völlige Klarheit. Die von B. so aufgenommenen 4 Serienbefunde (zu je 12 Bildern in 24 Sekunden) sind deshalb besonders wichtig, weil sie durch die Operation kontrolliert worden sind; sie betreffen alle pathologische Prozesse im präpylorischen oder antralen Teil des Magens. Dabei zeigt sich auf allen Bildern ein gemeinsames Charakteristikum, nämlich eine horizontale Begrenzungslinie gegen den Pylorus zu, während beim normalen Magen gerade Linien höchstens in einzelnen Phasen vorkommen. Dieser auf allen Bildern bemerkbaren geraden Linie kommt deshalb eine diagnostische Bedeutung zu, wobei selbstverständlich eine Sedimentierung des Kontrastmittels (durch Anwendung des Kaestleschen Kontrastin-Mondaminbreies und sofortige Aufnahme nach der Einverleibung) ausgeschlossen werden muß. Die gerade Linie ist dann der „Ausdruck dafür, daß Teile der antralen Magenmuskulatur die Fähigkeit verloren haben, sich in gleichsinniger Weise von allen Seiten her konzentrisch zu kontrahieren." Wie die 4 Fälle zeigen, kann dies verursacht sein durch flächenhafte Verwachsungen, größere Narben und Wandinfiltrate, die eine Starrheit einzelner Wandpartien und dadurch einen Hohlraum erzeugen, der einen Flüssigkeitsspiegel, ein Niveau, die gerade Linie entstehen läßt. Als besonders bemerkenswert führt B. den ersten seiner Fälle an, bei dem es sich um Verwachsungen am präpylorischen Magenteil, also nicht um grobanatomische Veränderungen handelte, die bisher ohne Serienaufnahmen noch nicht in einwandfreier Weise nachgewiesen worden sind. *Thiemann* (Jena).

Bergmann, G. v., Das spasmogene Ulcus pepticum. (*Altonaer Stadt-Krankenh.*) Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 169—174. 1913.

v. Bergmann hat auf Grund zahlreicher Untersuchungen an Ulcus ventriculi Patienten die von Eppinger und Heß häufig gefundene Koinzidenz von Magengeschwür und Vagotonie nicht bestätigen können. Im Gegenteil fielen ihm die verschiedenartigsten Sympathicusreizsymptome im Krankheitsbilde des Ulcus ventriculi auf, wie z. B. Glanzauge mit Exophthalmus, Tremor der Hände, Dermographismus. Verf. spricht deshalb von Störungen im gesamten vegetativen Nervensystem bei Ulcus-Patienten und deutet in diesem Sinne die sekretorischen und motorischen Abnormitäten am Ulcusmagen. Er hebt als besonders wichtig die lokale Spasmophilie der Muscularis mucosae der Magenwand hervor, die beim Auftreten irgendeiner Gelegenheitsursache — psychisches Trauma, Operation — auf reflektorischem Wege im „disponierten" Individuum leicht ausgelöst wird. (Rössle.) Der Krampf in der Musc. mucosae führt durch Abklemmung der zuführenden Gefäße zu lokaler Ischämie der Magenschleimhaut, die alsdann der peptischen Verdauung anheimfällt. Resultat: Erosionen und Ulcera. Verf. empfiehlt daher zur Herabsetzung der spasmodischen Neigung der Magenmuskulatur eine systematische Atropinkur bei der Ulcusbehandlung. *Harf* (Berlin).

Putzig, H., Ein Beitrag zur Behandlung des Pylorospasmus. (Pylorussondierung.) (*Kaiserin Auguste Viktoria-Haus z. Bekämpf. d. Säugl.-Sterblk., Berlin.*) Therap. Monatsh. **27**, S. 25—29. 1913.

Die chirurgische Behandlung hat, vielleicht auch weil sie bisher stets nur als ultimum refugium bei desolaten Fällen zur Anwendung gekommen, sehr schlechte Resultate gegeben. Bei der inneren, vorzüglich diätetischen Therapie stehen sich die Methode Heubners, der große seltene Mahlzeiten empfiehlt und auf die Menge des Erbrochenen keinen Wert legt und die Ibrahims, der häufige stündliche bis zweistündliche Zufuhr kleinster, nur ganz allmählich steigender Mengen ratet, gegenüber, zu denen dann noch die Rektalernährung hinzukommt. Im Kaiserin Augusta-Viktoriahaus wurden mit der Darreichung häufiger kleiner Mahlzeiten Frauenmilch mit Flasche per os und daneben Darreichung von 200 bis 250 g als Klystier oder durch Rektaltropfeninstallation gute Resultate erzielt. Bei den letzten drei Fällen wurde die Pylorussondierung, bei zweien nur vorübergehend, bei dem dritten Falle, dessen Krankengeschichte wiedergegeben wird, systematisch, und zwar hier mit eklatantem Erfolge, angewandt.

Es wurde die Hesssche Methode benutzt. Ein 50—60 cm langer Gummikatheter von $4^1/_2$ mm Durchmesser, an dem man sich in der Entfernung von 20, 25, 30, 35 und 40 cm eine Marke anbringt, wird nach Einfettung mit Borglycerin bis zur ersten Marke eingeführt, worauf sich der sich reflektorisch schließende Pylorus als Widerstand bemerkbar macht. Es ist jetzt Vorsicht notwendig, damit sich der Schlauch nicht im Magen aufrollt. Er gleitet dann von selbst nach einer Weile mit einem Ruck vorwärts und kann dann leicht bis Marke 30 oder 35 vorgeschoben werden. Als Nahrung werden 120—160 g, bis 750 g pro die, Frauenmilch mit einem Zusatz von 1—2 Messerspitzen Plasmon (zur Vermeidung von toxischen Erscheinungen) zuerst ausschließlich mit der Sonde, später zweimal täglich gegeben. Die Prüfung, ob sich die Sonde im Duodenum befindet, kann, abgesehen davon, daß man nach mehrmaligem Sondieren das Durchgleiten durch den Pylorus deutlich fühlt, durch Aspiration des Inhaltes (im Magen größere Mengen sauren Schleims, im Duodenum geringe schwach alkalischen) gemacht werden. Sicheren Aufschluß gibt die Röntgenuntersuchung.

Verf. glaubt, daß die Sondierungsbehandlung den anderen Methoden vorzuziehen ist, obwohl es noch nicht feststeht, daß sie für alle Fälle geeignet ist. *Stettiner* (Berlin).

Radliński, Zygmunt, Kilka Uldag o „circulus vitiosus" po gastroenterostomii. (Bemerkungen zum „Circulus vitiosus" nach Gastroenterostomie.) Przegląd lekarski **52**, S. 23—24. 1913. (Polnisch.)

Verf. gibt folgende Erklärung für die Notwendigkeit bei der hinteren Gastroenterostomie eine möglichst kurze Schlinge zur Vermeidung des Circulus vitiosus zu nehmen. Durch die postoperative Darmparese stagnieren Galle und Pankreassaft in der Schlinge,

welche gedehnt wird, und zwar um so mehr, je länger sie ist. Infolge der Schwere der Schlinge wird die Magenwand nach unten gezogen, die Gastroenterostomieöffnung allmählich schräg gestellt, wobei es in einer Spornbildung zwischen zu- und abführender Schlinge und zum Circulus vitiosus kommt. Diese abnorme Stellung kommt stets bei übermäßigem Gewicht der gefüllten Schlinge zustande. Obige Erwägungen führen zu dem Schluß, daß nur durch eine möglichst kurze Schlinge bei hinterer Gastroenterostomie ein Circulus vitiosus vermieden werden kann, weil ihr Gewicht bei temporärer Parese nicht groß genug ist, um den oben beschriebenen Mechanismus hervorzurufen. *Wertheim* (Warschau).

Wellington, J. R., Meckel's diverticulum, with report of four cases. (Meckels Divertikel, mit Bericht über 4 Fälle.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16,** S. 74 bis 78. 1913.

Fall 1. 50jähriger Mann. Seit 2 Tagen Leibschmerzen, Erbrechen, Stuhlverhaltung, Auftreibung des Leibes. Diagnose: Appendicitis mit paralytischem Ileus. Operation ergab Abschnürung einer Darmschlinge durch ein Meckelsches Divertikel, von dessen Spitze ein Strang zum Nabel lief. In der Bauchhöhle viel freie Flüssigkeit. Entfernung des Divertikel. Darmresektion erschien unnötig. Dränage, Schluß der Bauchhöhle. Nach einigen Tagen Kotfistel. Trotz guter Darmfunktion allmähliger Verfall. Tod nach 16 Tagen. Fall 2. 7jähriger Knabe mit Schleimfistel am Nabel. Beim Ausschneiden der Fistel zeigte sich, daß sie mit einem Divertikel zusammenhing. Entfernung desselben; glatte Heilung. Fall 3. 58jähriger Mann. Seit 3 Wochen Leibschmerzen, einige Tage vor der Aufnahme Schüttelfrost und einige Male Erbrechen. Leib aufgetrieben, ausgesprochene Spannung des rechten Rektus, Temperatur subfebril, Leukocyten 16 000. Diagnose: Appendicitis. Operation ergab 3 Zoll langes, gangränöses Divertikel, umschriebene Bauchfellentzündung. Entfernung des Divertikel, Versenkung des Stumpfes. Dränage, Schluß der Bauchhöhle. Trotz guter Darmfunktion begann bald nach der Operation Erbrechen. Tod nach 3 Tagen. Fall 4. 55jähriger Mann. Seit 36 Stunden Leibschmerzen rechts neben dem Nabel. Temp. 37,5. Leukocyten 16 500, Muskelspannung und Druckempfindlichkeit rechts, kein Erbrechen. Diagnose: wahrscheinlich Appendicitis. Operation ergab ein akut entzündetes Divertikel, $2^1/_2$ Zoll lang und nahezu von der Weite des Dünndarms. Eine Stelle nahe der Basis kurz vor dem Durchbruch. Entfernung des Divertikels und Verschluß des Loches im Darm durch 2 Reihen Lembertscher Nähte, Entfernung des ebenfalls leicht entzündeten Wurmfortsatzes. Bauchhöhle nach Dränage geschlossen. Langsamer aber guter Heilungsverlauf. Im Divertikel fand sich der Brustknochen eines Spatzen, den der Mann 2 Wochen vorher verschluckt hatte.

Verf. hat die Literatur einer sehr eingehenden Durchsicht unterzogen und 326 Fälle von Erkrankungen gesammelt, bei denen ein Meckelsches Divertikel beteiligt war, ohne die Fälle, wo das Divertikel bei Obduktionen oder zufällig bei anderen Operationen gefunden wurde. Er teilt sie folgendermaßen ein: 144 Fälle von Darmverschluß (ausschließlich Intussusception und Volvulus). 59 Fälle von Intussusception, 50 Fälle von akuter Entzündung des Divertikels. 27 Fälle, wo das Divertikel den Inhalt eines Bruches bildete. 21 Fälle, in denen das Divertikel am Nabel offen war. 9 Fälle von Volvulus, 6 Fälle von Perforation eines Typhusgeschwürs des Divertikels, 2 Fälle von Perforationen nach Verletzungen, 2 Fälle von tuberkulöser Geschwürsbildung. 3 Fälle von Prolaps, je 1 Fall von Beckentumor, perforierendem Geschwür und Cyste. 201 der Fälle betrafen das männliche Geschlecht, 64 das weibliche; in 61 Fällen war das Geschlecht nicht angegeben. Das Verhältnis der beiden Geschlechter betrug also etwas mehr wie 3 : 1. Von den 326 Fällen starben 175, genasen 129; in 21 Fällen war ein Resultat nicht angegeben. Verf. geht dann die Gruppen im einzelnen durch.

1. Darmverschluß. Nach Halstead sind 6% aller Fälle von Darmverschluß durch ein Divertikel bedingt. Die Ursache des Verschlusses ist fast in allen Fällen in dem Strang zu suchen, der von der Spitze des Divertikels ausgehend, sich irgendwo in der Bauchhöhle (in $^1/_3$ der Fälle am Nabel, in 1% am Mesenterium und der Bauchwand) anheftet. Von den 144 Fällen wurden 108 operiert mit 50 Todesfällen, 52 Heilungen, in 6 Fällen war der Ausgang nicht zu ermitteln. 28 nicht operierte Fälle starben sämtlich. Von Operationen wurden ausgeführt: Darmresektionen in 11 Fällen (7 gestorben, 4 geheilt). Entfernung des Divertikels in 52 Fällen (17 gestorben, 33 geheilt, 2 unbekannt). Einfache Durchschneidung des schnürenden Stranges in 22 Fällen (9 gestorben, 11 geheilt, 2 unbekannt). Entero-Enterostomie in 3 Fällen (2 gestorben, 1 geheilt). 2. Intussusception. Verf. hebt hervor, daß während die gewöhnliche Intussusception meist in den ersten beiden Lebensjahren vorkommt, die durch ein Divertikel

bedingte Intussusception erst sehr viel später in die Erscheinung tritt, im Durchschnitt erst im 14. Jahre. Er erwähnt als Kuriosum einen Fall von Lane, bei dem eine dreifache Intussusception bestand; in das 3. Stück war das Divertikel eingestülpt. 3. Die akute Divertikulitis bietet die Erscheinungen der akuten Appendicitis dar, wird infolgedessen fast ausnahmslos für eine solche gehalten. Pathologisch-anatomisch waren alle Grade der Entzündung vertreten. Chronische Divertikulitis ist im Gegensatz zur chronischen Appendicitis selten. Infolge der meist weiten Mündung sind Fremdkörper sehr häufig [etwa in 30% der Fälle], dafür die akute Entzündung im Vergleich zur akuten Appendicitis relativ selten. Die Sterblichkeit ist recht hoch, ca. 40%, wahrscheinlich bedingt durch größere Neigung zur Perforation, häufigere Beteiligung des Darmes, geringere Neigung zur Lokalisation der Infektion und die größeren technischen Schwierigkeiten bei der Wegnahme. 4. Die 21 Fälle mit peristierender Nabelfistel umfassen alle Fälle, von der feinsten Fistel bis zu den Fällen, wo der ganze Darminhalt sich aus der Öffnung entleert. Manche der leichtesten Fälle werden gar nicht erkannt. Die angeborenen Kotfisteln sind zweifellos bedingt durch ein Meckelsches Divertikel. 16 Operationen mit nur 1 Todesfall. 5. In 17 Fällen bildete das Divertikel den Inhalt eines Bruchsackes. (12 Leistenbrüche, 10 Nabelbrüche, je 2 Schenkelbrüche und Skrotalbrüche, 1 nicht erwähnt.) 6. 9 Fälle von Volvulus. Anscheinend meint Verf. damit Volvulus des Darms, nicht des Divertikels selbst (50% Heilungen). 7. Die Perforationen der Typhusgeschwüre (6 Fälle, 5 operiert) endeten sämtlich tötlich.

Wenn also vergleichsweise auch nur wenige der 2% der Menschen, die ein Meckelsches Divertikel besitzen, zu ernsteren Störungen neigen, so erscheint dem Verf. die Anomalie doch von genügender Wichtigkeit, um die Aufmerksamkeit aller Bauchchirurgen auf sich zu lenken. (Literaturverzeichnis über die internationale Literatur.)

Wiemann (Flensburg).

Lance, M., Le traitement de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. (Die Behandlung der typhösen Darmperforation.) Gaz. des hôp. **86,** S. 24 bis 27. 1913.

Verf. faßt die Ergebnisse aus den bisher erschienenen Publikationen zusammen und zieht daraus seine Schlüsse über die Behandlung der typhösen Darmperforation. Die Behandlung ist heute fast ohne Widerspruch die chirurgische; interne Mittel versprechen nur sehr wenig Erfolg. Vor allem handelt es sich darum, die Diagnose zu stellen. Die Perforation macht an und für sich keine Symptome, sondern kennzeichnet sich nur durch die sich anschließende Peritonitis. Letztere tritt in drei klinisch differenten Formen auf: 1. Als diffuse, sich rasch über den ganzen Bauch ausbreitende Peritonitis bei großen Perforationen. 2. Als durch lokale Schmerzhaftigkeit und Muskelspannung erkennbare, langsam fortschreitende Form bei kleinen Perforationen. In beiden Fällen muß man sofort eingreifen. 3. Bei sehr schwerer Typhusintoxikation fehlen alle Zeichen der Perforation oft vollständig, und zeigt sich nur Verschlimmerung des allgemeinen Befindens. Die Diagnose wird erst zu stellen sein, wenn Aufstoßen und Erbrechen auftritt, und dann sind die Chancen für einen chirurgischen Eingriff schon sehr geringe. Steht die Diagnose der Perforation nicht sicher fest, so soll man operieren, da ein kleiner Explorativschnitt weniger gefährlich ist als weiteres Zuwarten. Unter den Fällen, wo die Diagnoseperforation falsch war, war in 83,5% eine Peritonitis aus anderen Ursachen vorhanden, welche ein operatives Eingreifen rechtfertigte. Am besten ist es, in dem Stadium knapp vor der Perforation einzugreifen. Man kann dasselbe in manchen Fällen durch lokale Druckempfindlichkeit und stärkere Muskelspannung erkennen. Der Eingriff besteht hier in der Übernähung und Drainage der gefährdeten Stelle. Die Erfolge sind doppelt und dreifach so gute, als nach erfolgter Perforation.

Der operative Eingriff gestaltet sich folgendermaßen: Es wird in Lokalanästhesie oder leichter Äthernarkose ein Knopfloch in die Bauchwand gemacht und erst, wenn sich die Diagnose bestätigt, der Schnitt erweitert. Dann sucht man die Darmschlingen vom Coecum beginnend ab und findet gewöhnlich leicht die Perforation. Die Naht derselben, welche bisher am häufigsten angewendet wurde, ist sehr unsicher und gibt nur 7—8% Heilungen. Die Naht mit Vorlagerung der Schlinge gibt bessere Resultate, doch bildet sich meistens eine Kotfistel. Das beste Operationsverfahren ist die Enterostomie, weil sie folgende Vorteile gewährt: 1. Einfachheit und rasche Ausführung. 2. Ruhigstellung des Darmes und dadurch günstige Beeinflussung der Geschwüre unterhalb und 3. permanenten Abfluß des toxischen Darminhaltes und dadurch Verhütung des so gefährlichen paralytischen Ileus. Der einzige Nachteil

ist das Bestehenbleiben einer Darmfistel, welche spontan selten heilt, meistens operativ verschlossen werden muß. Die Prognose nach Enterostomie ist, obwohl nur die schwereren Fälle damit behandelt wurden, nach den Statistiken besser, als die nach Naht der Perforation.

Das Operationsverfahren wird in den schwersten Fällen in einfacher Inzision und Drainage in allen übrigen Fällen mit Ausnahme weniger, wo die Naht ausgeführt werden kann, in der Vorlagerung der perforierten Darmschlinge bestehen. (Enterostomie.) Was die Operationsresultate bei den typhösen Darmperforationen anbelangt, so ergeben die Statistiken ca. 20% Heilungen. In den letzten Jahren wurden sogar 30—33% Heilungen erreicht. Die Operation in den ersten Stunden nach der Perforation ergibt viel bessere Resultate als wenn sie später ausgeführt wird. Zum Schlusse ausführliches Literaturverzeichnis. *v. Winiwarter* (Wien).

Béclère et Mériel, L'exploration radiologique dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin. (Die Röntgenuntersuchung bei den chirurgischen Krankheiten des Magens und Darms.) (Soc. 'sav. 25. congr. frç. de chirurg., Paris, oct. 1912.) Arch. gén. de chirurg. **7**, S. 45—57. 1913.

Wurmfortsatz:

Mayer, L., Réflexions à propos du diagnostic différentiel de l'appendicite. (Zur Differentialdiagnose der Appendicitis.) Journal med. de Bruxelles **18**, S. 11—16. 1913.

Zusammenfassung der zur Differentialdiagnose in Frage kommenden Krankheiten. Neue Gesichtspunkte werden nicht mitgeteilt. *zur Verth* (Kiel).

Courtin, J., Appendicite et adénite intraappendiculaire. (Appendicitis und intraappendiculäre Adenitis.) Gaz. de gynécol. **28**, S. 27—29. 1913.

Bei einer 20 jährigen Arbeiterin, die im Verlauf des zweiten Appendicitisanfalles operiert wird, findet Verf. die Schleimhaut des Wurmfortsatzes verdickt, gerötet, stark vaskularisiert, das submuköse Gewebe und die Muscularis mit entzündlichen Exsudaten durchsetzt, an der Spitze des Wurmes einen Kotstein und an der Grenze des oberen zum mittleren Drittel einen roten, harten, vom submukösen Gewebe ausgehenden, ungestielt aufsitzenden Körper. Er wird für eine kleine entzündete Lymphdrüse gehalten, mit der er in der Konsistenz übereinstimmt. Pathologisch-anatonischer Befund liegt nicht vor. Solche entzündeten Lymphdrüsen in der Appendix-Wand sind mit großer Wahrscheinlichkeit der Ausgangspunkt der Wandabscesse, für die bis jetzt von der Schleimhaut fortgeleitete Vereiterungen des submukösen Gewebes verantwortlich gemacht wurden. *zur Verth* (Kiel).

Maresch, Rudolf, Über den Lipoidgehalt der sogen. Appendixcarcinome. (*Krankenanst. Rudolfstiftg., Wien.*) Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 189—190. 1913.

Anknüpfend an eine Bemerkung Hörrmanns (Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 46) bespricht Verf. noch einmal kurz den von ihm 1911 mitgeteilten Befund an Lipoiden in den sogenannten Appendixcarcinomen und fügt seinen 7 Fällen 4 neue hinzu. Nur in einem seiner daraufhin untersuchten Fälle konnten Lipoide nicht nachgewiesen werden. Sie sind kein Be weis dafür, daß die Geschwülste nicht als Carcinom aufgefaßt werden dürfen, da Prostatacarcinome auch in den Metastasen lipoidhaltig sein können, sprechen aber a. a. für eine Sonderstellung der Appendixcarcinome. Ein großes Adenocarcinom der Appendix zeigte keine Lipoidablagerung. *Rost* (Heidelberg).

Bartlett, Willard, A self-inverting suture for the appendix stump. (Selbsttätige Einstülpungnaht für den Appendixstumpf.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16**, S. 98—99. 1913.

Typische, fortlaufende Matratzennaht, bei der die beiden Fadenenden nach kräftigem Anziehen genähert und geknotet werden. *zur Verth* (Kiel).

Dickdarm und Mastdarm:

Kienböck, Robert, Über das Sigma elongatum mobile (Röntgenbefund). (*Sanat. Fürth, Wien.*) Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 68—69. 1913.

Mitteilung eines Falles, betreffend einen 42 jährigen Mann mit Obstipation und Verdacht auf Perityphlitis. Das nach Verabreichung eines Kontrasteinlaufes aufgenommene Röntgenbild zeigte ein sehr langes Colon sigmoideum, welches sich auf der rechten Seite des Abdomens als langgestreckte Schlinge bis unter die Leber und nahe an die rechte Zwerchfellkuppe erstreckte. Auf der Platte waren die Maße folgende: Rectum + Sigma 95 cm, Col. descend. + transv. + ascend. 84 cm. Die Anomalie wird als Infantilismus betrachtet. Ähnliche Fälle wurden von Toldt als zufälliger Sektionsbefund beschrieben. *Stierlin* (Basel).

Pauchet, V., Résection d'un mégacôlon terminal par les voies abdominale et périnéale combinées (sigmoïde et rectum). (Resektion eines Megasigmoideum und Megarectum nach kombinierter abdominal-perinealer Methode.) (*Soc. méd. de Picardie, janv. 1913.*) Nach Referat aus: Gaz. des hôp. **86**,S. 92. 1913.

Bei einem 20jährigen Mädchen mit Megasigmoideum mit Beteiligung des Rectum (Durchmesser ca. 10 cm, Länge 33 cm) wurde nach Laparotomie die A. mesenterica inf. unterbunden und das entsprechende Mesocolon nahe der Ansatzstelle am Colon durchtrennt, hierauf von einem perinealen Schnitt aus das ganze Megacolon und Rectum hervorgezogen und am Colon descendens ein Anus praeter nat. angelegt mit Einpflanzung in den oberen Abschnitt des Perineums. Guter Verlauf. Continenz des Anus. *Stierlin* (Basel).

McGavin, Lawrie, Caecotomy for the removal of a hairpin impacted in the ascending colon. (Coecotomie zur Entfernung einer Haarnadel, die sich in das aufsteigende Kolon eingespießt hatte.) Lancet **184**, S. 93—94. 1913.

Ein 38jähriger Mann hatte auf eine etwas seltsame Art eine 2½ Zoll lange, hakenförmig zurechtgebogene Haarnadel verschluckt. Er hatte sie als Mentholwattenträger benutzt, um sich seine Nasenhöhle damit auszuwischen. Hierbei war sie ihm ausgeglitten und in den Nasopharynx gerutscht. Bei dem Versuch, sie von dort wieder zu entfernen, hatte er sie verschluckt. Er erkrankte mit leichten Schmerzen in der Ileocoecalgegend. Das Röntgenbild ergab mit einiger Sicherheit die Anwesenheit der Nadel im Coecum. Bei der nach erfolglosen Diätversuchen vorgenommenen Laparatomie in der Ileocoecalgegend hatte die Nadel die Wand des Coecums bis auf die Serosa durchspießt, und zwar mit ihrem stumpfen Ende, konnte durch einen kleinen Einschnitt entfernt werden. Tabaksbeutelnaht. Schichtnaht der Bauchwand. Merkwürdig an dem Fall ist, daß der relativ große Fremdkörper Pylorus und Dünndärme glatt passiert hatte und erst im Coecum zur Einspießung führte, wahrscheinlich weil. wie Autor meint, sie hier die Möglichkeit hatte, sich querzustellen. *Ruge* (Frankfurt-Oder).

Leber- und Gallengänge:

Cheney, William Fitch, The diagnosis of gall-stone lodged in the common duct. (Die Diagnose eines Gallensteins im Choledochus.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 171—172. 1913.

Kasuistische Mitteilung.

Hörz, Transduodenale Hepaticusdrainage. (*Chirurg. Klin., Breslau.*) Berl. klin. Wochenschr. **50**, S. 160—161. 1913.

Verf. berichtet aus der Breslauer chirurgischen Klinik über 3 Operationen an den großen Gallengängen, bei denen die von Völcker angegebene transduodenale Hepaticusdrainage zur Anwendung kam. Während die beiden ersten Fälle genau nach der Völckerschen Methode operiert wurden, wandte Hörz in dem 3. Fall eine kleine Modifikation an. Zur Herstellung der beabsichtigten Choledochoenteroanastomose mit temporärer Ableitung der Galle wurde zunächst nahe der Choledochusincision auf der Vorderseite des Duodenums eine kleine Incision gemacht, die nur Serosa und Muscularis durchtrennte; hierauf Vereinigung der unteren Hälfte der Choledochusincision mit der entsprechenden Serosa-Muscularis-Lippe durch feine Nähte. Dann wurde mittels Witzelfistel von der gegenüberliegenden Duodenalwand aus ein Drain in das Duodenum hineingeschoben. Erst jetzt erfolgte an der Stelle der beabsichtigten Anastomose die Eröffnung der Duodenalschleimhaut, das Drain wurde hier herausgezogen und nach oben in den Hepaticus eingeführt. Schließlich wurde die noch freie Seite der Duodenalincision mit der entsprechenden Seite der Choledochusöffnung durch zwei Nahtreihen vereinigt und dadurch die Choledochoduodenoanastomose geschlossen. Die Vorzüge dieses Verfahrens beruhen auf zwei Faktoren. Erstens sind Darmlumina nur für wenige Augenblicke eröffnet und die Infektionsgefahr durch austretenden Darminhalt ist dadurch verringert. Zweitens läßt sich die hintere Naht der Anastomose in aller Ruhe und Sorgfalt ausführen, weil das Duodenum noch nicht eröffnet ist und noch kein Drain das Anlegen der Nähte behindert.
Dencks (Neukölln).

Pankreas:

Glässner, K., Pankreassteine. Klin.-therap. Wochenschr. **20**, S. 67—68. 1913.

Eine 69jährige Patientin litt seit 5 Jahren anscheinend an Gallensteinen, ohne daß es gelang, mit Gallensteinkuren irgendeinen Erfolg zu erzielen. Schließlich wurde sie ikterisch und kachektisch, die Leber vergrößerte sich, Fettstühle mit Muskelfasern und Muskelkernen vermischt traten auf. Vollkommene Achylie; Fehlen von Indican im Harn. Das Vorhandensein von alimentärer Glykosurie im Zusammenhalt mit den Ergebnissen der Stuhluntersuchung führte den Verf. zur Vermutungsdiagnose „Pankreasaffektion“. Diese wurde gesichert durch die mit dem Stuhl erfolgte Entleerung von Konkrementen, die sich aus kohlensaurem und phos-

phorsaurem Kalk zusammensetzten und einen organischen Kern umschlossen. Ihrem Abgang war ein stundenlanger heftiger Kolikanfall vorausgegangen, vollkommene Genesung folgte ihm. Die operative Entfernung von Pankreassteinen wurde einmal von Moynihan vorgenommen.

Genewein (München).

Harnorgane:

Smith, Richard M.,[1] **Methods of estimating kidney function.** (Methoden der Nierenfunktionsprüfung.) Americ. journal of dis. of child. **5**, S. 25—32. 1913.

Der Verf. erwähnt kurz die verschiedenen Methoden der Funktionsprüfung der Nieren, wie Kochsalz, Harnstoffbestimmung, und bespricht dann ausführlich die Phenolsulfonphthaleinreaktion. Die Dosis ist 6 mg in 1 ccm Lösung für Erwachsene, für Kinder die Hälfte. Er bevorzugt die intramuskuläre Einspritzung. Nach der Injektion des Mittels wird der Patient katheterisiert und der Urin in einer starken Alkalilösung aufgefangen. Nach 10 Minten zeigt sich bei Nierengesunden rote Färbung des aufgefangenen Urins (bei starkem Alkaligehalt). Durch colorimetrischen Vergleich mit bekannten Lösungen läßt sich der Prozentgehalt des aufgefangenen Urins bestimmen und, bei gleichzeitiger Bestimmung der aufgefangenen Urinmenge, die ausgeschiedene Farbstoffmenge berechnen. Bei Nierengesunden werden durch die Nieren etwa 40—60% der einverleibten Farbstoffmenge ausgeschieden. Nach seinen Erfahrungen namentlich an Tierversuchen nimmt Verf. an, daß das Phenolsulfonphthalein durch die Glomeruli der Nieren ausgeschieden wird. Bei künstlicher Nephritis zeigt der Tierversuch verlangsamte Reaktion, in einem Stadium, wo noch keine Veränderung der Kochsalz- und Harnstoffausscheidung zu konstatieren ist. Mangelhafte Phenolreaktion zeigt also beginnende Urämie an, was von verschiedenen Autoren bestätigt ist. Bei akuter Nephritis ist die Reaktion normal oder wenig verzögert, wie an einer Tabelle von 10 Fällen gezeigt wird. Fünf Fälle von Pyelitis zeigten auch im wesentlichen normales Verhalten. Bei verzögerter Reaktion konnte die Sektion deutliche Erkrankung der Niere konstatieren. *Kotzenberg* (Hamburg).

Braasch, W. F., Clinical data on malignant renal tumors. (Klinische Daten über bösartige Nierentumoren.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 274—278. 1913.

Die Arbeit beschäftigt sich mit 83 Fällen maligner Nierentumoren, die in der Klinik der Majos in Rochester zur Beobachtung kamen. Es handelte sich vorwiegend um Hypernephrome, daneben um Sarkom, Carcinome und Embryome. Klinisch machen diese anatomischen Unterschiede keine Trennung notwendig. Die wesentlichen Symptome fanden sich keineswegs bei allen Fällen vollzählig. Hämaturie war bei 64%, palpable Tumoren bei 78% der Fälle zu konstatieren. Schmerzen im Abdomen wurden von 82% empfunden. Im Urin fand sich außer Blut nur selten einmal Eiter. Zirkulationsstörungen fanden sich ausgesprochen in Erweiterung der Venen der Haut, der Blase, des Rectums und besonders des Plexus pampiniformis. Die Varicocelen sind bei Nierentumoren nicht selten. Herzerweiterung fand sich bei 10 von 21 inoperablen Fällen. Differentialdiagnostisch sind Cystennieren, geschlossene Pyonephrosen und retroperitoneale Tumoren zu berücksichtigen. Auf die richtige Diagnose können ferner führen: ein trockener Zwerchfell-Reizhusten, die Bevorzugung des männlichen Geschlechtes und cystoskopisch-diagnostische Untersuchungen. Bei der Blaseninspektion kann man beobachten: Dilatation der Blasenvenen, aus dem Ureter hervorragendes Tumorgewebe, Blutgerinnsel in der Uretermündung, Atrophie der Uretermündung, Unterschiede in Menge, Stärke und Beschaffenheit des Sekretes. Der Ureter kann für den Katheter verlegt sein durch eingewucherte Tumormassen, oder durch seitliche Zusammendrückung, die ev. zu Stauung und Erweiterung im Nierenbecken führt. Die Funktion der Niere braucht, solange keine sekundäre Infektion vorliegt, keine Abnahme zu erfahren. Für die funktionelle Prüfung wird die Phenolsulfonaphthaleinprobe empfohlen. Die Pyelographie gibt gute Aufschlüsse über die häufige Deformierung, partielle Erweiterung und Obliteration des Nierenbeckens und der Kelche durch den Tumor (4 Abb.). Von den 83 Fällen waren 22 wegen Ausdehnung des Tumors, Metastasen, Ascites und Herz-

schwäche inoperabel. Für die 61 Operierten ergab sich eine primäre Mortalität von 7. Von 51, über deren späteres Schicksal Auskunft zu erhalten war, waren noch 27 gestorben. Die Heilungschancen sind um so besser, je früher der Kranke zur Operation kommt, und nur eins der oben genannten Symptome sollte den Patienten sofort zum Chirurgen führen. *Hoffmann* (Dresden).

Bromberg, R., Functioneel Onderzoek by Chirurgische Nieraandoeningen. (Funktionelle Untersuchung bei chirurgischen Nierenerkrankungen.) Amsterdam, Dissertation. 1913. (Holländisch.)

Bromberg bespricht die Bedeutung der Funktionsbestimmung des gesamten Nierenparenchyms und der einzelnen Nieren, sowie die verschiedenen dazu in Betracht kommenden Methoden, an der Hand der Literatur, unter Berücksichtigung der Krankengeschichten aus der chirurgischen Universitätsklinik von Prof. Dr. O. Lanz aus den Jahren 1903—1913, seiner Erfahrungen über die im Jahre 1912 von ihm mituntersuchten Fälle derselben Klinik und die von ihm angestellten Experimente.

Die Blutkryoskopie gibt einen absoluten Wert für die Funktion des gesamten Nierenparenchyms, ist aber technisch sehr schwierig, erfordert viel Zeit vom Untersucher und viel Blut vom Untersuchten. Sie steht deshalb zurück gegenüber der Methode zur Bestimmung des hämorenalen Index, die gleich genaue Resultate gibt, und leicht und schnell auszuführen ist. Zu dieser Methode, die das quantitative Verhältnis der anorganischen Salze im Blute und im Urin angibt, brauchte Bromberg das Instrument von Grünbaum, das von ihm praktisch, aber nicht wesentlich geändert worden ist, nach einem Prinzip angegeben von Prof. Wertheim Salomonson. Die Methode beruht auf Messung der elektrischen Leitungsfähigkeit von Flüssigkeiten. Der Methode zur Bestimmung der urämischen Konstante nach Ambard haften dieselben Nachteile an, wie der Blutkryoskopie. Übrigens ist sie weniger zuverlässig und vom Verf. deshalb nicht angewandt worden. Die Urinkryoskopie gibt nur einen relativen Wert zwischen linker und rechter Niere. Die elektrische Leitungsfähigkeit ist sehr leicht zu bestimmen und gibt ein Urteil, wie sich eine Niere, der Funktionsbelastung gegenüber, verhält, wenn man den Urin ungefähr 4 Stunden nach der Hauptmahlzeit nimmt. Auf der Funktionsbelastung beruht auch die Methode der experimentellen Polyurie nach Albarran, die sehr gute Resultate gibt, aber den Nachteil hat, daß die Ureterenkatheter 3 Stunden in Situ bleiben müssen. Die intramuskuläre Phloridzin-Einspritzung, nach welcher Zucker im Urin auftritt, hat nur relativen und qualitativen Wert, wie die Methode der Indigokarmin- oder Methylenblau-Einspritzung, welche letztere aber einfacher und zuverlässiger ist, und die Sondierung der Ureteren überflüssig macht. Zu der Bestimmung des Ureumgehaltes gebrauchte Verf. das Apparat nach Knopf-Hüpfner. Auch diese Methode hat nur relativen Wert und ist sehr umständlich und zeitraubend. Dasselbe gilt in nach höherem Maße von der Bestimmung des diastatischen Fermentes nach Wohlgemuth. Für beide letzte Methoden braucht man beträchtlich mehr Urin als zum Zwecke der Leitungsfähigkeitsbestimmung, die nur ein Paar Tropfen in Anspruch nimmt. Der Blutdruck unterliegt zu großen physiologischen Schwankungen, wird zu unregelmäßig von verschiedenen Krankheiten beeinflußt und ist zu schwierig zu messen um praktisches Interesse für die Funktionsbestimmung zu haben. Wo alle diese Mittel nicht zum Ziele führen, bleibt uns nichts anderes, als die explorative doppelseitige Lumbalincision nach Rovsing, ein sehr eingreifendes und selten angebrachtes Verfahren.

B. kommt zu folgenden Schlüssen: Bei jeder chirurgischen Nierenerkrankung soll funktionelle Untersuchung gemacht werden. Jedenfalls soll die Chromocystoskapie Anwendung finden. Wenn möglich soll man beide Ureteren sondieren und den Urin von jeder Seite untersuchen auf Quantum, Farbe, Reaktion, Sediment und Eiweiß, damit eine Tierimpfungsprobe machen und dann weiter, je nach Belieben, die elektrische Leitungsfähigkeit, das Ureum, das diastatische Ferment oder den Gefrierpunkt bestimmen; das erste ist das einfachste, das zweite schon viel umständlicher, aber das dritte, obwohl sehr genau, und das vierte nur in einem gut eingerichteten Laboratorium ausführbar. Nie soll man sich mit einer einzelnen Funktionsbestimmung begnügen, da keine Methode absolut einwandsfrei ist. Ist Ureterenkatheterismus unmöglich, so soll man neben der Chromocystoskopie den Gefrierpunkt des Blutes oder den hämorenalen Index bestimmen. *Hymans* (Amsterdam).

Plummer, S. C., Dystopic kidney. (Die Nierendystopie.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16**, S. 1—14. 1913.

Die dystopische Niere, die immer angeboren ist, unterscheidet sich von der erworbenen

Wanderniere durch ihren meist tieferen Sitz (im Becken oder vor der Wirbelsäule), durch die geringe Beweglichkeit und vor allem durch die Gefäßversorgung. Ihre Arterien entspringen stets tiefer als bei der normalen Niere, sei es aus der Aorta selbst oder aus deren Nebenästen, der A. iliaca com., der A. hypogastr., der A. sacral. med., jedoch niemals mehr aus der A. iliaca ext. Die Venen verhalten sich analog. Statt eines Gefäßstammes sind oft mehrere. Die Ureteren sind entsprechend kürzer, münden aber in allen Fällen an normaler Stelle in die Blase. Die Größe der dystopischen Nieren ist meist annähernd normal, ist oft durch ihre Umgebung (Promontorium, Becken) beeinflußt. Die Dystopie ist im Gegensatz zur Wanderniere links häufiger als rechts. Die verlagerte Niere liegt gewöhnlich auch auf der zugehörigen Seite, mit Ausnahme der gekreuzten Dystopie, bei der dann meist eine End-zu-Endvereinigung der oberen Nierenpole besteht. Die Niere liegt retroperitoneal, bisweilen zwischen den Blättern des Mesosigmoideums oder des Lig. lat.

Die Erkrankungen der dystopischen Niere sind zunächst dieselben wie bei der normal gelegenen Niere. Vermehrt beobachtet wurden: Hydro- und Pyonephrosen, Steine, Sarkom, Tuberkulose und cystische Degeneration. Bei einem Fall von Zwillingsschwangerschaft im 3. Monat wurde Stieldrehung beobachtet. Die Krankheitssymptome der Dystopie sind nicht prägnant, bei Frauen oft ähnlich denen der Adnexerkrankungen. Die Diagnose ist schwierig, Verwechslungen waren häufig mit Adnextumoren, ferner mit Appendicitis, Mesenterialdrüsentuberkulose, retroperitonealen Cysten, Darmcarcinomen und Hämatrometra. Zu empfehlen ist der Ureterenkatheterismus zusammen mit der Röntgenphotographie, ev. nach Injektion schattengebender Lösungen in die Ureteren. Die operative Behandlung ist verschieden bei der gesunden und bei der kranken dystopischen Niere. Nicht zu unterlassen ist bei beiden die Prüfung der Anwesenheit und der Funktion der anderen Niere. Die gesunde dystopische Niere soll nur dann operiert werden, wenn wirklich ernste Beschwerden vorliegen. Als Operationsverfahren kommen in Frage die Verlagerung, wenn sie möglich ist, oder die Nephrektomie. Diese ist jedoch auch bei Anwesenheit einer anderen gesunden Niere nicht ungefährlich. Verf. erlebte nach der Exstirpation in einem solchen Falle eine tödliche Anurie. Im ganzen betrug die Mortalität bei 12 Nephrektomierten 3. Bei gleichzeitiger Erkrankung der Adnexe sind zunächst nur diese zu operieren. Der gegebene Operationsweg ist der transperitoneale. Bei den kranken dystopischen Nieren wurden ausgeführt 14 Nephrektomien (gestorben 1) und 3 Nephrotomien (gestorben 2). Außer auf transperitonealem Wege kann in diesen Fällen die Niere auf extraperitonealem Wege von einem weit außen liegenden Flankenschnitt oder wie es einmal geschehen ist, von der Scheide aus freigelegt werden. In der Schwangerschaft und Geburt wartet man am besten zunächst ab, da es meistens zur spontanen Entbindung kommt. Bei drohenden Gefahren für Mutter oder Kind ist ev. Sectio caesarea oder Kraniotomie zu empfehlen. Verf. referiert zum Schluß die 17 selbst beobachteten Fälle. *Hinz* (Lichterfelde).

Draper, John William, and William F. Braasch, The function of the ureterovesical valve, an experimental study of the feasibility of ureteral meatotomy in human beings. (Die Wirkungsweise der Ureter-Blasenklappe, eine experimentelle Studie über die Möglichkeit der Spaltung der Uretermündung beim Menschen.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 20—27. 1913.

Wenn auch der Gedanke der intravesicalen Entfernung von Steinen aus der Uretermündung nicht neu ist, und auch schon mehrfach Konkremente auf diesem Wege entfernt worden sind, so ist doch die Spaltung der Klappe am Übergang des Ureters in die Blase zu diesem Zwecke noch nicht bewußt empfohlen worden. Die Verf. haben sich daher die Aufgabe gestellt, die Wirkung dieses Eingriffes am Hunde experimentell zu studieren. Die Technik des Vorgehens wird geschildert (3 Abb.), eine Tabelle der Resultate eingefügt, und Versuchsanordnungen zur Prüfung der geschädigten Klappe mitgeteilt. Die Verff. kommen zu dem Schluß, daß der Eingriff keine momentane Blutungs- oder Infektionsgefahr mit sich bringt, und keine späteren Nierenschädigungen zur Folge hat. Selbst nach Ausschaltung der Klappe kann infolge der schützen-

den physiologischen Tätigkeit des Ureters keine Flüssigkeit nach der Niere zurückgestaut werden, und eine aufsteigende Infektion ist daher nicht zu fürchten.

Hoffmann (Dresden).

White, W. Hale, Coli infection of the urine. (Koliinfektion des Urins.) Klinische Vorlesung. Guy's hosp. gaz **27,** S. 29—33. 1913.

Die Arbeit bringt nichts wesentlich Neues. Erwähnung der Arbeit von Panton und Tidy (Lancet, Jan. 1912,) denen es in 3 Fällen von Koliinfektion des Urins gelang, die Kolibacillen während der Fröste aus dem Blute zu züchten. Die Ursache der Infektion des Urins ist unklar, die Infektion wohl hämatogen. In seltenen Fällen Hämaturie bei Koliinfektion der Harnwege. Bettnässen der Kinder gelegentlich Folge der genannten Infektion. *Israel* (Berlin).

Kretschmer, Hermann L., Unilateral kidney haemorrhage with reference to so called essential haematuria. (Einseitige Nierenblutung mit Beziehung zur sog. essentiellen Hämaturie.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16,** S. 34—39. 1913.

Fall von Nierenblutungen und Koliken bei einem 45jährigen Mann.

Nach 9 Monate andauernder Harnblutung und mehrfachen rechtsseitigen Koliken Dekapsulation der rechten Niere nach cystoskopischer Feststellung der rechten Niere als Quelle der Blutung. Die Schmerzen verschwanden, die Blutung blieb noch 10 Monate bestehen. Nach 3½jährigem Freisein von allen Symptomen wiederum anhaltende Blutung und geringe Schmerzen links. Nach cystoskopischer Feststellung der linken Niere als Quelle der Blutung Dekapsulation links. Niere makroskopisch und mikroskopisch (Probeexcision) stark nephritisch verändert. Prompter Erfolg der Operation. Im Urin keine Erythrocyten mehr, ebenso kein Albumen und keine Cylinder. Also chronische Nephritis ohne jegliche Urinveränderung.

Der Begriff der „essentiellen Hämaturie" wird immer mehr schwinden, je häufiger die Probeexcision mit nachfolgender mikroskopischer Untersuchung geübt wird. Der negative Ausfall der mikroskopischen Untersuchung ist nicht beweisend. (Herdförmige Veränderungen.) Verf. erwähnt noch die Fälle von Hämaturie bei Koliinfektion und bei Veränderungen des Nierenbeckens. 72 Literaturnummern. *Israel.*

Ferulano, Giuseppe, Sulla tubercolosi primitiva del rene (Ricerche istologiche e considerazioni cliniche). (Über primäre Nierentuberkulose, histologische Untersuchungen und klinische Betrachtungen.) Giorn. internaz. d. scienze med. **35,** S. 1—21. 1913.

Der Artikel bringt nichts neues.

La question du traitement de la tuberculose rénale. (Die Frage der Behandlung der Nierentuberkulose.) Prov. méd. **26,** S. 6—8. 1913.

Die Beantwortung auf der Tagung der „Association française d'urologie" gipfelte in der fast allgemeinen energischen Forderung der möglichst frühzeitigen Nephrektomie bei einseitiger Nierentuberkulose. Besprechung der vorzüglichen Nah- und Fernresultate. Eine spezifische Wirkung der spezifischen Behandlung (Tuberkulin) ist nirgends erwiesen, weder klinisch noch anatomisch an später operativ entfernten Nieren. Im Anschluß daran ausführliches Referat einer Arbeit von Robin (Journ. méd. franç. Nov. 1912) über die medizinische und spezifische Behandlung der Nierentuberkulose. Robin rät, im Gegensatz zur heute fast allgemein durchgedrungenen Anschauung bei einseitiger Nierentuberkulose ohne Blasenerscheinungen usw. zuerst 6 Monate intern zu behandeln und erst dann im Falle einer Verschlechterung die Operation zu empfehlen. Wenig bekannt dürften die rektale Applikation von Kreosot, sowie die subcutane Einspritzung von Gomenolöl sein, dessen Wirksamkeit bei intravesikaler Anwendung ja bekannt ist. *Israel* (Berlin).

Karo, Wilhelm, Klinik der Nierensteinerkrankung. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffw.-Krankh. 4, H. 6, S. 1—34. 1913.

Ohne chirurgische Bedeutung.

Watson, F. S., Report of 110 cases of renal and ureteral calculi and of ten cases simulating these conditions, with comments. (Bericht über 110 Fälle

von Nieren- und Uretersteinen und über 10 Fälle, in denen solche Erscheinungen vorgetäuscht wurden, nebst Bemerkungen.) Boston med. a. surg. journal **168**, S. 37—43. 1913.

Zur Beobachtung gelangten 100 Fälle von Nierensteinen, 10 Fälle von Uretersteinen. In der Hauptsache handelte es sich um Oxalatsteine (39%). Dann folgten der Häufigkeit nach Urat- und Phosphatsteine. Was die Anzahl der Steine anbelangt, so fand Verf. bis zu 10 in einer Niere, und in $^1/_3$ seiner Fälle waren Steine in beiden Nieren vorhanden. Von den subjektiven Beschwerden standen im Vordergrund äußerst heftige Schmerzen und typische Nierenkoliken (60 mal); ferner wurden Schmerzen in der Blasengegend, der Hüfte und der Ferse angegeben. In 4 Fällen wurde eine Blinddarmentzündung vorgetäuscht. Fast immer konnte Blut makros- oder mikroskopisch nachgewiesen werden. Die erkrankten Nieren waren nachweisbar vergrößert; bei Nierenkoliken fand sich häufig (56 mal) ein Spasmus der Bauchmuskeln über der erkrankten Seite. In fieberhaften Fällen wurde regelmäßig eine infizierte Niere gefunden. — Eine große Wichtigkeit kommt der Radiographie zu, die in 70 Fällen nur 3 mal versagte. Ist durch sie festgestellt, daß die Steine den Ureter passieren können, so hat sich dem Verf. vorzüglich Terpentin (Spirits of turpentine) innerlich (3 mal täglich 1 Kapsel à 0,6) bewährt. Nebenher verordnet er heiße Sitzbäder, Milchdiät, Fisch und trock. Toast. Von 66 so behandelten Fällen gingen 51 mal (87%) die Steine spontan ab. Zur Operation schreitet er erst, wenn nach 4—6 wöchentlicher Behandlung ein Stein nicht abgegangen ist. Sind die Steine zu groß, um den Ureter passieren zu können, dann soll man die Operation nicht aufschieben. Ein Abwarten kann Infektion der Niere selbst oder ihrer Umgebung ev. auch Anurie zur Folge haben. 56 seiner Pat. operierte er. Es wurden ausgeführt 36 Nephrolithotomien, dabei 2 Todesfälle (infizierte Niere!), 5 Nephrectomien (1 †), 8 Ureterolithotomien, 1 Nephropexie, 2 Kapselspaltungen und 4 andere Operationen. Die operative Mortalität betrug 5,3%. Bei doppelseitigen Steinen rät er dringend, beide Seiten zugleich zu operieren. Fälle von Anurie sollen innerhalb 25 bis 36 Stunden operiert werden. Doch darf man vorher interne Mittel anwenden. Nierenkoliken hat er mit gutem Erfolg bekämpft durch heiße Umschläge und leichte Äthernarkosen kombiniert mit Morphiuminjektionen. In 10 Fällen, in welchen Nieren- oder Uretersteine vorgetäuscht wurden, handelte es sich um Wanderniere, Adhäsionen in Umgebung der Niere oder des Ureters mit Abknickung desselben und um akute Nierenentzündung. *Rothfuchs* (Hamburg).

Ollerenshaw, Robert, Renal calculus in childhood. With a report of two successful cases of nephro-lithotomy in young children. (Nierensteine im Kindesalter, mit einem Bericht über 2 mit Erfolg ausgeführte Nephro-Lithotomien bei kleinen Kindern.) Brit. med. journal **2716**, S. 112—113. 1913.

Nierensteine kommen schon im zartesten Alter vor, sind aber relativ selten. Über das Vorkommen bei Kindern unter 2 Jahren hat Newton berichtet und 3 Fälle mitgeteilt. Für das seltene Auftreten glaubt man die vorwiegend flüssige Nahrung verantwortlich machen zu sollen. Es kommen aber mehr Fälle vor als allgemein angenommen wird. Die Steine machen nur wenig Beschwerden, äußern sich häufig in Magen- und Darmerscheinungen, in Hüft- und Rückenschmerzen und werden deshalb leicht übersehen. Auch Bettnässen ist häufig eine Folge einer durch Nierengries hervorgerufenen Harnröhrenreizung. In vielen Fällen von Nierensteinen, die später zur Operation kamen, konnte durch die Anamnese festgestellt werden, daß die Symptome bis in das frühe Kindesalter zurückreichten. Bei Klagen der Kinder über Leib-, Spinal-, Hüft- und Lumbalschmerzen mit nicht ganz klaren Symptomen, mit Schmerzen in der Schamgegend sollte man daher stets den Urin sorgfältig untersuchen, ev. cystoskopieren und radiographieren. Das Hauptsymptom ist meist intermittierende Hämaturie, verbunden mit Schmerzanfällen.

Verf. teilt in seiner Arbeit 2 Fälle mit, in denen er bei einem 3 und 8 jährigen Kinde durch Nephrotomie je einen Nierenstein entfernte. Das kleinste Kind klagte über Rückenschmerzen,

hatte Hämaturie und eine gerötete Uretermündung links. Die Durchleuchtung ergab einen Stein im unteren Nierenpol (Uratstein von 1 cm Durchmesser). Das andere Kind, ein 8jähriger Knabe, hatte heftige Leibschmerzen in der linken Seite und Erbrechen. Objektiv war eine Druckempfindlichkeit der l. Niere von der Lumbalgegend und von der Bauchseite aus festzustellen; im Urin war etwas Eiweiß, kein Blut. Der Stein befand sich im unteren Nierenpol (Radiogramm) und bestand aus Oxalaten und Phosphaten. — Beide Kinder wurden geheilt.
Rothfuchs (Hamburg).

Arcelin et Rafin, Les indications radiographiques de la pyélotomie. (Indikationsstellung zur Pyelotomie auf Grund der Röntgenplatte.) Arch. d'électr. méd. **21,** S. 11—16. 1913.

Die Verff. glauben, daß die Pyelotomie bei geeigneter Auswahl der Fälle als Operation der Wahl bei einer großen Zahl von Steinoperationen betrachtet werden kann. Es sind das alle diejenigen Fälle von Nierensteinen, bei denen das Röntgenbild zeigt, daß der oder die Steine sicher im Nierenbecken liegen. Denn eine Untersuchung der Kelche und Abtasten des Beckens ist bei der Pyelotomie unmöglich. Zum röntgologischen Nachweis der Steine sind Momentaufnahmen erforderlich, da bei Zeitaufnahmen kleine Steine leicht übersehen werden. Verf. machen ihre Aufnahmen mit ein drittel bis ein zehntel Sekunde, 60 cm Röhrenabstand und Verstärkungsschirm. In 80% ihrer Fälle war ein deutlicher Nierenschatten wenigstens am unteren Pol zu sehen, infolgedessen die Lokalisierung des Steins im Becken leicht. Ist kein Nierenschatten auf der Platte, so ist die Diagnose schwer. Die Bazy-Moyrandsche Behauptung, daß bei Steinen, die im Nierenbecken liegen, der Abstand des inneren Randes des Steins von der Medianlinie nicht mehr als 5 cm betragen darf, haben Verf. nicht bestätigen können. Nur 4 von 17 Fällen entsprachen dieser Bedingung. Mit Sicherheit läßt sich ein Steinschatten nur bei vorhandenem Nierenschatten auf das Nierenbecken beziehen. Zeigt das Röntgenbild den Schatten eines Steins im Becken, der aber mit seinen Verzweigungen in die Kelche reicht, so ist die Pyelotomie kontraindiziert. Die Vorzüge der Pyelotomie sind: weniger eingreifende Operation und raschere Heilung der Wunde. *Kotzenberg* (Hamburg).

Werthern, Frhr. v., Über Erfahrungen mit der Blasennaht beim hohen Steinschnitt an Kindern. (*Med.-Schule d. engl.-amerik. Miss., Tsinanfu, Nordchina.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 134. 1913.

Von 18 Kindern mit Sectio alta wegen Blasenstein wurden 2 wegen starker Cystitis und Blutgerinnsel offen behandelt, 16 genäht. Stets Spülungen der eröffneten Blase mit Bor- und Wasserstoffsuperoxydlösung. Insbesondere aber nach Entfernung des Steins äußere Urethrotomie auf gegen Damm vorgedrückter Kornzange und Einlegen eines dicken, geraden Verweilkatheters auf 8—14 Tage. Völliger Nahtschluß empfohlen. *Brachmann* (Sonderburg).

Pillet, Extirpation des tumeurs de vessie au cystoscope. (Exstirpation von Blasentumoren mit dem Cystoskop.) Prov. méd. **26,** S. 20. 1913.

Pillet demonstriert in der medizinischen Gesellschaft zu Rouen 4 Fälle von Blasentumoren, die endovesical entfernt wurden. Er gibt der endovesicalen Methode den Vorzug zur Entfernung von Polypen, weil sie viel ungefährlicher ist; sie bedarf aber guter technischer Übung. Es wird eine Statistik von 97 Fällen die durch Sectio alta operiert wurden, gegeben: die Operationsmortalität betrug 44%, die Rezidive 57%. 79 Fälle endovesicaler Operation ergaben keinen Todesfall. (Angabe ob maligne oder benigne Tumoren fehlt.)
Kotzenberg (Hamburg).

Legueu, Le problème actuel de la cystite tuberculeuse. (Das aktuelle Problem der tuberkulösen Cystitis.) (*Hôp. Necker.*) Bull. méd. **27,** S. 47—50. 1913.

Legueu weist auf die ungeheure Schwierigkeit der Behandlung der tuberkulösen Cystitis hin, die oft nach der Nephrektomie an Heftigkeit noch zunimmt. Ist die gebliebene Niere gesund, so muß man mit größter Geduld an konservativer Therapie festhalten, selbst wenn Sublimat, Carbolsäure und andere Mittel versagen. Bei einer derartig schweren, 7 Jahre anhaltenden Cystitis brachten Joddämpfe überraschende Besserung. Sind aber die Nieren beide, oder die eine übrige tuberkulös verändert, so empfiehlt L., um die unerträglichen Blasentenesmen und Schmerzen zu lindern, die Blase völlig von aller Urinbenetzung auszuschalten. Er hat so bei einem

desolaten Falle die Ureteren über der Blase unterbunden und durch Ureterostomie den Urin nach außen abgeleitet, mit dem sofortigen Erfolge, daß dem Patienten die letzten Lebenstage schmerzfrei gestaltet wurden. In einem anderen Falle hat ihm die Überpflanzung des Ureters der restierenden Niere in das S-Romanum vorzügliche Dienste geleistet, und für jahrelang einen arbeitsfähigen Menschen geschaffen. *Hoffmann.*

Männliche Geschlechtsorgane:

Stettiner, Hugo, Epispadie und Hypospadie. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. 5, S. 532—582. 1913.

Die Arbeit gibt eine sehr instruktive Übersicht (280 Literaturnummern) über die gebräuchlichen Behandlungsmethoden, deren Besprechung nach einer kurzen anatomischen Einleitung den Hauptteil der Arbeit bildet. Bei den Formen der weiblichen Epispadie und Hypospadie ist es das oberste Ziel, die Incontinenz zu beseitigen, was jedoch für die Epispadie wenigstens bisher noch nicht völlig gelungen ist, obwohl Besserungen der Continenz durch Verkleinerung des Lumens (Drehung nach Gersuny, Verengerung und Knickung nach Himmelfarb) durch Einpflanzung der Harnröhre in die Mm. piramidales (Göbell) erreicht wurde.

Sehr interessant ist die vergleichende Zusammenstellung der verschiedenen Operationsmethoden für die am häufigsten vorkommende männliche Hypospadie. Bezüglich der vielen mehrfach bis in die Einzelheiten geschilderten und mit Bildern veranschaulichten Methoden muß auf das Original verwiesen werden. Für leichtere Formen ist entschieden die Distensionsmethode (v. Hacker, Beck) zu wählen. Bei schweren Formen treten bei dieser Methode wegen starker Dehnung der verlagerten Harnröhre teils durch Losreißen und Zurückschlüpfen der in die tunnellierte Glans eingeführten und fixierten Harnröhre in selteneren Fällen durch Nekrose, Fistelbildungen zumeist an der Stelle der früheren pathologischen Urethralmündung auf. Erleichtert wird das Verfahren und die Nachbehandlung durch die Anlegung einer perinealen Harnröhrenfistel nach dem Vorschlag von Vulliet. Jedenfalls wird dadurch die Gefahr, die ein Verweilkatheder besonders bei Kindern immer mit sich bringt, vermieden oder doch wegen kürzerer Anwendungsdauer sehr verringert. Bei höheren Graden der Hypospadie (Scrotalis) wäre nach dieser Zusammenstellung, wenn man sich nicht zu wiederholten Distentionsplastiken entschließt, die Methode von Nové-Josserand vorzuziehen: Lösung von Narbensträngen, Geraderichtung des Penis. Anlegung der Bouttonière. Darauf folgt, was wohl das bestechendste dieser Methode ist, die vollständige Schließung der Hypospadieöffnung und dadurch die Ausschaltung der so schwer zu beseitigenden Fistel. Nach vollständigem Verheilen der Fisteloperation eine Pause von 1½ bis 2 Monaten. Darauf erst wird von der Urethrostomiewunde aus ein Kanal gebohrt bis zur Spitze der Glans und durch diesen Tunnel mit Hilfe eines Tunneleurs eine auf autoplastischem Wege gebildete Harnröhre eingeschoben. Nové-Josserand verwendet hierzu Hautläppchen (Thiersch) doch könnten ebenso nach neueren Vorschlägen Venen (Panton), Appendix (Streißler, Lexer) verwendet werden. Wenn auch die Methode eine ziemlich langwierige ist, und besonders bei der Verwendung von Hautläppchen nachfolgende Strikturen sich einstellen können, so hat doch auch die wiederholte Distensionsplastik ebenso mit großen Schwierigkeiten (schwierige Excision in der Narbe, drohende Fistelbildung) zu kämpfen. Auch den älteren Methoden Duplay und Thiersch spricht der Verf. bei schweren Fällen Gleichberechtigung mit den modernen Methoden zu.

Was den Zeitpunkt der Operation anlangt, hebt der Verf. die Ansicht Becks, dem wohl die größte Erfahrung zuzusprechen ist, hervor: Die Operation sei in früher Kindheit zu machen. Nur dann wird man sekundäre Deformation vermeiden. Bei der Verschiebung der Operation in das zweite Dezennium oder in die zweite Hälfte des ersten tauscht man für die Unruhe des Kindes und die kleinen Verhältnisse die Störungen ein, die die häufigen Erektionen dem Wundverlauf bringen können, ganz abgesehen von den sekundären, im Laufe des Wachstums sich immer steigernden Deformationen. Für die Epispadie lassen sich die Hypospadieoperationen mit geringen Änderungen anwenden. *Spitzy* (Graz).

Lothrop, Howard A., The treatment of hypospadias. (Die Behandlung der Hypospadie.) Boston med. a. surg. journal 168, S. 48—50. 1913.

Verf. hält die Operation der glandären Form der Hypospadie meist für unnötig, die der skrotalen Formen für zu schwierig. Für die penile Form hält er die plastische Operation nach Thiersch für die beste und beschreibt dieselbe, sie durch Zeichnungen erläuternd.

Er führt einen Katheter von der Hypospadieöffnung, die in einzelnen Fällen erweitert werden muß, in die Blase ein und läßt ihn ohne Nachteil 7—14 Tage bis zur völligen Heilung liegen. Die Lappenbidlung erfolgt genau nach Thiersch. Als Nahtmaterial nimmt er Silkwurm, feinen Silberdraht oder Pferdehaar. Von der Bildung einer eigentlichen Eichelharnröhre nimmt er Abstand, weil er alle Methoden für unzuverlässig hält, und begnügt sich damit, die oberste Naht durch die Glans zu legen. Während der Operation wird der Penis durch eine Naht durch die Glans an der Abdominalhaut befestigt. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Naht der Lappen an der der Hypospadieöffnung zunächst gelegenen Stelle. Hier konnte auch er Fistelbildung nicht vermeiden. Der Operation hat die Geraderichtung des Penis voranzugehen, welche in üblicher Weise durch 1 oder 2 transversale Schnitte, die in Längsrichtung vernäht werden, vorzunehmen ist. Zwischen dieser und der eigentlichen Hypospadieoperation soll ein Zwischenraum von ungefähr 6 Monaten liegen, damit die Narben bei der Lappenbildung nicht stören. *Stettiner* (Berlin).

Herrmann, Études expérimentales sur les lésions histologiques du testicule consécutives aux traumatismes du cordon. (Experimentelle Studien über die histologischen Läsionen des Hodens im Gefolge von Samenstrangverletzungen.) (*École de méd., Reims.*) Arch. de méd. exp. **25,** S. 51—62. 1913.

Bei 7 Hunden wurden an dem aseptisch freigelegten Samenstrang einer Seite verschiedene Traumen gesetzt: Seidenligatur des Vas deferens 1 mal, Seidenligatur der Samenstranggefäße ohne Vas def. und Art. def. 1 mal, Ligatur der hinteren Venen des völlig auseinander präparierten Samenstranges 1 mal, Auseinanderpräparieren des Samenstranges, Bassini 2 mal, Eröffnung der Tunica fibrosa, Umklappung der Tunica vaginalis 2 mal. Die nichtoperierte Seite diente zum Vergleich. Bei zwei Fällen kam es zu leichter Eiterung. Autopsie nach 1—3 Monaten. 11 Hoden und mehrere Samenstränge wurden makro- und mikroskopisch untersucht durch Colaneri und Deglaire. Außer den tiefgreifenden atrophischen Vorgängen nach den schweren Eingriffen wurden auch bei den leichteren Traumen ausgesprochene Degenerationszeichen konstatiert: neben intakten Partien Samenkanälchen mit wenig deutlicher Basalis und schlechtfärbbaren Kernen, oder auch interstitielle Bindegewebshyperplasie. Die verschiedenen vorgenommenen Eingriffe und ihre Resultate werden zusammen mit den Erfahrungen anderer Autoren im einzelnen besprochen.

Da diese ähnliche Folgezustände, wie der Verf. bis zu 12 Monaten nach der Operation beobachtet haben, so glaubt er sich zu folgenden Schlüssen berechtigt: 1. Schon die leichteste Isolierung der Elemente des Samenstranges führt zu deutlichen Störungen der Samenbereitung. Diese kann zeitweilig völlig unterdrückt werden, wenn mehrere Gefäße unterbunden sind. In dieser Hinsicht bildet die Entzündung der Drüse eine sehr ernste Komplikation. 2. Bei Hernien vermeidet man bei den Operationsmethoden, welche sich auf Eingriffe vor dem Samenstrange beschränken, am ehesten Entzündungsvorgänge im Samenstrang, die auf die Samenbildung einen unheilvollen Einfluß ausüben können. 3. Nach der Radikaloperation der Hydrocele, besonders bei peritesticulärem Bluterguß und konsekutiver Entzündung kann man die Drüse als fast völlig vernichtet ansehen. — Möglicherweise stellt sich die Funktion nach einiger Zeit wieder her, wenn einige Samenzellen in einem Canaliculus erhalten sind. *Magenau* (Stuttgart).

Hertzler, Arthur E., Immediate closure in perineal prostatectomy. (Sofortige Naht bei perinealer Prostatectomie.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16,** S. 94 bis 96. 1913.

Verf. greift zurück auf eine frühere Veröffentlichung (dies. Zeitschr. Dez. 1910), in der er eine neue Methode der Prostatectomie angegeben hat, welche die Tamponade der Wunde vermeidet. Er modifiziert jetzt diese Methode so, daß sie für alle Fälle von Prostatectomie anwendbar ist mit Ausnahme der malignen Tumoren. Die Methode unterscheidet sich von der klassischen Youngschen in zwei Punkten: 1. Exakte Blutstillung und Naht des Prostatabettes. 2. Exakte Naht der Urethra über einem Gummirohr, das den Urin ableitet. Der Gang der Operation ist folgender:

Lagerung des Kranken mit erhöhtem Gesäß. Breite Eröffnung der Weichteile nach Young und Freilegung der Urethra zwischen Bulbus und Prostata. Freilegung der unteren und hinteren Prostataoberfläche unter exakter Blutstillung. Hinter dem Bulbus wird die Urethra durch eine etwa 2 cm lange Incision eröffnet. Abtasten der Blase nach Steinen, Feststellung eines etwaigen Mittellappens, der, wenn nicht zu groß, aus der Urethralwunde entfernt werden kann. Die Prostata wird mit dem Youngschen Instrument möglichst weit in die Wunde vorgedrängt. Incision der Kapsel und Auslösung erst des einen, dann des anderen

Lappens unter sorgfältiger Blutstillung. Das Wundbett beider Lappen wird vernäht. Dann wird ein Gummirohr durch die Urethralwunde in die Blase gelegt und die Wunde um das Rohr herum eng vernäht, so daß kein Urin nebenher fließen kann. Naht der Weichteile. Eine weitere Dränage kommt nicht in Anwendung. Das Gummirohr bleibt 4—6 Tage liegen. An Stelle dieser perinealen Dränage kann man, wenn sehr exakt operiert worden ist, auch einen dicken Katheter in die Urethra einlegen und die Urethrawunde und die Weichteile ganz vernähen. Die Vorzüge der Methode sind: Vermeidung aller Tamponade. Raschere Heilung. Der Kranke bleibt trocken wenigstens in den ersten Tagen nach der Operation. Ernstere Wundinfektion hat Verf. nicht gesehen. *Kotzenberg* (Hamburg).

Weibliche Geschlechtsorgane:

Dührssen, A., Die Ventrifixur der Ligamenta rotunda unter subperitonealer Durchleitung durch die Ligamenta lata. Gynäkol. Rundschau **7**, S. 4—9. 1913.

Verf. beschreibt eine Abänderung des wenig in Aufnahme gekommenen Simpsonschen Verfahrens der Ventrifixur, die sich von diesem dadurch unterscheidet, daß die Bauchhöhle nicht median, sondern außen von beiden Recti, beiderseits, eröffnet wird, was eine bessere Zugänglichkeit der Adnexe und des Wurmfortsatzes gewährleistet. Ferner wird nicht einfach ein Knopfloch am uterinen Ansatz der Ligg. rotunda geschnitten, sondern das runde Mutterband in 8—10 cm Ausdehnung vom Lig. latum abgelöst, wodurch das Hindurchziehen der Mesosalpinx zugleich mit dem Lig. rotundum vor die Aponeurose und die Abknickung der Tube vermieden wird. Dührssen hat sein Verfahren 33 mal doppelseitig und 31 mal einseitig erprobt, zum großen Teil verbunden mit Eingriffen an den Adnexen und dem Wurmfortsatz. Die doppelseitige Operation scheint ihm in Bezug auf Vermeidung von Rückfällen sicherer, doch beobachtete er infolge besonders starker Narbenretraktion auch hierbei einen solchen. Der Vorzug der Operation ist, daß sie in der Bauchhöhle keine künstlichen Bänder setzt, die zu Ileus führen könnten, und daß die erhaltenbleibende Dehnbarkeit des Ligg. rotunda es nicht zu Geburtsstörungen kommen läßt, was durch vier Fälle, davon zwei bereits während der Schwangerschaft operiert, bewiesen wurde. *Bossler* (Berlin).

Langes, Erwin, Eine neue Methode der intraperitonealen Verkürzung der Ligamenta rotunda. (*Kgl. Univ.-Frauenklin., Kiel.*) Zentralbl. f. Gynäkol. **37**, S. 15—19. 1913.

Pfannenstielscher Querschnitt. Lösung der die Retroflexio verursachenden Adhäsionen. Durch Anziehen zweier, das Lig. rot. in etwa gleichen Abschnitten fassenden stumpfen Klemmen wird das Band in drei parallel nebeneinanderliegende Schenkel gebracht; die peripherwärts liegende Ligamentschleife wird an dem beim Anziehen des Bands meist scharf hervortretenden inneren Leistenring, die zentralwärts liegende Ligamentschleife an der Ansatzstelle des Lig. rot. am Fundus uteri durch Naht fixiert; eine fortlaufende Catgutnaht vereinigt schließlich die drei nebeneinander liegenden Bandschenkel. — Der Vorzug der Methode liegt nach Ansicht des Verf. darin, daß das Band verdreifacht wird, daß es eine feste Fixation an der tiefen Bauchfascie erhält; außerdem wird eine möglichst physiologische Stellung des Uterus mit Vermeidung jeder zur Darmeinklemmung disponierenden Taschenbildung gewährleistet. Das Verfahren ist bisher in 10 Fällen, 3 mal einseitig nach Exstirpation einseitiger Ovarialtumoren zur Anwendung gekommen; über die Erfolge findet sich keine Angabe *Kayser.*

Erps, E. van, L'hémostase en obstétrique par le procédé de Momburg modifié. (Blutstillung in der Geburtshilfe mittels modifizierten Momburgschen Verfahrens.) Clinique (Bruxelles) **27**, S. 17—19. 1913.

Nach kurzer Würdigung der Anwendungsweise des Momburgschen Schlauches berichtet Verf. über einen erfolgreichen Gebrauch desselben gelegentlich einer post partum Blutung im Anschluß an eine Zangenextraktion; allem Anschein nach handelte es sich um eine Atonie der Uterusmuskulatur. Nach Versagen aller sonst üblichen Mittel legte Verf. den Schlauch über einem mit Handtuch umwickelten runden Holzkasten an, so daß durch diese Pelotte die Aorta komprimiert wurde. Verf. hält dadurch eine Druckwirkung auf den Abdominalinhalt für weniger gefährlich und auch weniger schmerzhaft als wenn nach Momburgs Angabe der Schlauch direkt die Taille der Pat. umschnürt. Die Blutung stand prompt. *Brewitt.*

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Léri, André, Les lésions des extrémités, mains et pieds, dans la maladie de Paget. (Die Beteiligung der Extremitäten, der Hände und Füße bei der Pagetschen Krankheit.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris **35**, S. 77—80. 1913.

Entgegen der Ansicht, bei der Pagetschen Krankheit seien hauptsächlich die langen Röhrenknochen betroffen und nur sehr selten die Knochen der Hände und Füße, glaubt Verf.,

daß das vielmehr recht häufig sei, nur entgingen sie wahrscheinlich dem Blick, da die Veränderungen an den kleinen Hand- und Fußknochen nicht so sinnfällig wären wie bei jenen, wenn man nicht die Röntgenstrahlen zu Hilfe nähme. Er beschreibt eine Kranke, die außer einem großen Kopf und einer besonderen Deformation der Hände keine andere Knochenveränderung, vornehmlich keine Verbiegung und Verdickung der Beine und Schenkel zeigte, so daß er anfänglich zögerte, den Fall der Pagetschen Krankheit zuzuordnen. Die Knochenveränderungen der Hände bestanden in enormer Verlängerung der Grundphalangen der Zeige- und Mittelfinger und — wie das Röntgenbild zeigte — auch der II. Metacarpen, während die Mittelphalangen dieser Finger stark verkürzt und verdickt waren. Dabei waren die Knochenkonturen klar und zeigten nicht den gewöhnlichen Aspekt der Pagetschen Knochenveränderung. Die Autopsie ergab aber außer einem sehr dicken Schädeldach einen in seiner oberen Partie leicht verkrümmten und verdickten Femur, sowie auf Schnitten makro- und mikroskopisch schaumartig aufgetriebenen Knochen, Verschiebung der Knochenbälkchen, fibröse Veränderung des Markes und beträchtliche Vermehrung der Myeloblasten. Von weiteren 3 Fällen Pagetscher Krankheit zeigten 2 neben deutlichen Veränderungen an den langen Röhrenknochen auch solche am Metacarpus und Metatarsus. Verf. will damit gezeigt haben, daß also bei dieser Krankheit nicht nur Beteiligung der Hand- und Fußknochen vorhanden sein kann, sondern daß insbesondere jedwede klinisch nachweisbare Veränderung der langen Röhrenknochen fehlen kann; bedeutsam ist die symmetrische Anordnung. *Rupp* (Chemnitz).

Harttung, Heinrich, Über Spontangangrän des Zeigefingers und symmetrische Gangrän. (*Allerhlg. Hosp., Breslau.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 161—162. 1913.

Verf. berichtet über 2 Fälle von Spontangangrän der Finger und Zehen. Im ersten Fall trat bei einem 66jährigen Mann 3 Wochen nach einer schweren Bronchitis pelziges Gefühl im rechten Zeigefinger auf, nachdem „vorher ein phlegmonöser Prozeß an der rechten Hand 2 Incisionen auf der Volarseite und auf dem Dorsum von seiten des behandelnden Arztes nötig machte". Der Zeigefinger mummifizierte zu $^2/_3$. Auf dem Handrücken bildete sich ein großes, schmierig belegtes Ulcus. Als Ätiologie nimmt Verf. Arteriosklerose an. Außerdem kamen in Betracht Nikotinabusus und Embolie nach Bronchitis, auszuschließen waren Raynaudsche Krankheit, Karbolverätzung, Lues und Bleiintoxikation. — In dem zweiten Fall handelte es sich um symmetrische Gangrän der Finger und Zehen im Anschluß an Pneumonie. Als Ätiologie kam Lues in Frage (Wassermann positiv). Verf. glaubt, daß auch die Pneumonie durch toxische Schädigung der Vasomotoren eine Rolle spielte. Arteriosklerose war auszuschließen. *Propping* (Frankfurt a. M.).

Galloway, Herbert P. H., Observations on tendon transplantation operations. (Beobachtungen von Sehnentransplantationen.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16,** S. 84—92. 1913.

Das gehäufte Auftreten der Poliomyelitis anterior in West-Canada sowie in ganz Amerika hat Verf. Gelegenheit gegeben, genügend Fälle zu operieren um sich ein unabhängiges Urteil und eine eigene Meinung über den Wert der einzelnen chirurgischen Methoden zu bilden. Manche Transplantationsverfahren sind phantastisch und extravagant, manche nur für ganz besondere Fälle brauchbar, nur 8—9 können für gewöhnlich für die untere, 2—3 für die obere Extremität in Betracht kommen. Bei Lähmung der beiden Tibiales bringt die Transplantation der Peroneussehnen an den Calcaneus direkt vor den Ansatz der Achillessehne und die Übertragung des Extensor hallucis long. (Ext. pollicis propr.) an das Metatarsale Nutzen. Ist außer den genannten Muskeln noch der Gastroenemius paralytisch, so ist nach Verf. die Transplantation der Peronei an den Calcaneus erst recht angezeigt. In einer kleinen Anzahl von Fällen ist der Transplantation der Peronei die Übertragung der inneren Hälfte der Achillessehne an die Außenfläche des Calcaneus vorzuziehen. Die technischen Einzelheiten hat sich Verf. nach und nach selbst herausgearbeitet und modifiziert und beschreibt sie genau; gute Photographien erläutern die Beschreibungen.

Wichtig sind für den Erfolg außer der strengsten Asepsis noch verschiedene Punkte: Anheften der transplantierten Sehne an das Periost oder den Knochen; ev. Streckung der Sehne vor der Anheftung; Fixierung mit Nahtmaterial, das lang genug fest bleibt (Chromcatgut); Deckung der Sehnennaht mit Etagennaht; nicht zu frühe Belastung und sorgfältige Nachbehandlung. Speziell angeführt werden Transplantationen des Extens. ind. propr. poll., Ext. hall. long.) an das Metatarsale I, der Peronei an die Innenseite des Calcaneus, Kreuzung der inneren Hälfte der Achillessehne nach außen, Überpflanzung des Tibialis ant. an die Außenseite des Tarsus, des Tibialis post. an die Innenkante des Achillessehnenansatzes, des Biceps und Semimembranosus an die Patella, Umwandlung des Pronator teres in einen Supinator und des Flexor carpi rad. und uln. in Extensoren.

Den Ersatz fehlenden Sehnenmaterials nach Lange mit Seide hält Verf. für nutzbringend in manchen Fällen; auch die Arthodese kommt kombiniert mit Sehnentransplantationen gelegentlich auch bei seinen Methoden in Betracht. *Lobenhoffer.*

Hackenbruch, Die ambulante Behandlung von Knochenbrüchen mit Distraktionsklammern. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. **10,** S. 28—31. 1913.

Verf. nennt sein Instrument „Stahl-Distraktionsklammer", das, in Verbindung gebracht mit einem geeignet bearbeiteten Gipsverband, in bequemer Weise eine Distraktion und seitliche Verschiebung der Bruchenden besorgt. Es entsteht dabei noch der Vorteil, daß die Patienten mit dem gebrochenen Bein, dessen Frakturstelle durch die Klammer absolut fest fixiert ist, schon nach kurzer Zeit Gehversuche machen können. Die Klammer stellt eine Verbesserung der 1901 von Käfer bekanntgegebenen Klammer dar, derart, daß der Distraktionsschraube noch eine weitere Vorrichtung angegliedert wurde in Gestalt von Kugelgelenken an den Fixierungspunkten der Klammer. Es wurde dadurch ermöglicht, daß auch Stellungsänderungen der Frakturenden nach der Seite und im Sinne einer Drehung ausgeführt werden konnten. Die Klammer besteht aus zwei Fußplatten, die an den Verband angegipst werden, die weiterhin an den beiden einander zugekehrten Enden Kugelgelenke tragen. Es werden weiterhin jetzt durchweg zwei symmetrisch angebrachte Klammern verwendet, weil nur so ein ganz fester Halt erzielt wird.

Das Instrumentarium wird geliefert von der Firma Gustav Petry, Instrumentenmacher in Wiesbaden, Mauritiusstraße 9. Die technischen Einzelheiten müssen im Original nachgesehen werden. *Neumann* (Heidelberg.)

Giacquinta, G., Brevi considerazioni sugli interventi incruenti nella cura delle fratture. (Kurze Betrachtungen über unblutige Frakturbehandlung.) Gaz. degli osp. e delle clin. **34,** S. 13—15. 1913.

Verf. zitiert kurz die allgemeinen Bemerkungen der italienischen und ausländischen Lehrbücher über die Frakturbehandlung. Er vermißt dabei fast überall den genügenden Hinweis auf die Anwendung des permanenten Zuges. Ferner wendet er sich gegen zuweit gehende blutige Eingriffe bei frischen Frakturen, wie sie von einzelnen Rednern auf dem Chirurgenkongreß 1911 in Paris empfohlen wurden. Operationen kommen für ihn nur in Ausnahmefällen in Frage. Es ist nötig, die altbewährten unblutigen Methoden zu vervollkommen. Verf. beschreibt die Behandlung hoher Oberschenkelbrüche im Pavillon Punti zu Mailand, die es ermöglicht, daß die Patienten schon früh umhergehen. Erst wird ein Streckverband angelegt, darüber ein Gipsverband, der das ganze Becken umfaßt und sich gut am Trochanter und Sitzbein stützt. Ein Gehbügel wird mit hinein gegipst, um den die Extensionstreifen geschlungen werden. *Brüning* (Gießen).

Obere Gliedmaßen:

Kirmisson, E., Surélévation congénitale de l'omoplate gauche avec dépression cicatricielle au devant du bord spinal. (Angeborener Hochstand des linken Schulterblattes mit narbiger Einziehung über der Spina scapulae.) Rev. d'orthop. **24,** S. 37—40. 1913.

Kirmisson, der seit seiner ersten Publikation im Jahre 1893 auf diese Mißbildung geachtet und mehrere Arbeiten, auch über die Pathogenese, geschrieben hat, veröffentlicht einen neuen Fall (mit zwei photographischen Abbildungen) von angeborenem Hochstand der linken Scapula bei einem 13 Monate alten Kinde; das besondere dieses Falls ist in der Anwesenheit einer von Geburt an bemerkten Narbe in der Mitte der Spina scapulae zu sehen. Diese Narbe setzt er in Parallele mit denen bei kongenitalem Fehlen des Radius oder der Fibula, sie ist die Folge von amniotischen Verwachsungen, die hier bestanden und die die freie Entwicklung und die richtige Stellung der Scapula behindert haben. *Valentin* (Berlin).

Grégoire, Raymond, Luxation récidivante de l'épaule, anatomie pathologique et pathogénie. (Die rezidivierende Schulterluxation, ihre Pathologie und ihre Pathogenese.) Rev. d'orthop. **24,** S. 15—36. 1913.

Das Bild der habituellen Luxation ist in seiner Pathologie und in seiner Entstehung ein ganz für sich bestehendes. Wenn Broca und Hartmann an der Leiche durch den Spalt des Subscapularis hindurchgehen, oben quer den Wulst der Cavitas glenoidalis durchschneiden, durch Zug dieselben abreißen und durch einen Schlag von außen nach innen auf den außenrotierten Humerus eine Luxation herbeiführen, so paßt dieses Experiment nicht auf den Zustand, den wir bei habituellen Luxationen antreffen. Bei ihnen ist die Kapsel außerordentlich zart, dann aber kann sie oben vorn überhaupt fehlen, ferner findet man immer eine Furche an der Hinterseite des Humeruskopfes.

Es folgt die Beschreibung eines Falles. Hier fehlt unter dem Deltoides die Kapsel; die Muskeln supra- und infraspinatus wie auch der Teres minor vereinigen sich, oben einen ovalen breiten Spalt bildend, am Humeruskopf, so daß in dem Spalt der Kopf und die lange Sehne des Biceps freiliegt. Es bestehen keine periostalen Entblößungen des Collum scapulae oder Erscheinungen, die darauf hindeuten, daß solche früher bestanden hätten und nun vernarbt seien, wie das in anderen Fällen mitgeteilt ist. Am Humeruskopf besteht eine Kerbe, die konstant vorkommt, die nicht entstanden ist durch irgendein Trauma, denn dagegen spricht das intakte Balkensystem des Humerus. Während im Röntgenbild bei wiederholten traumatischen Luxationen, die nicht in dieses Gebiet hineingehören, der Humeruskopf Erscheinungen von Knochenatrophie zeigt, fehlen solche absolut bei der habituallen Luxation, die unter kleinster unvorsichtiger Bewegung oft schon eintritt. Die Entstehung denkt sich der Verf. folgendermaßen: Wenn ein Mensch mit solchem präformierten Humeruskopf, d. h. mit einer Kerbe und der zarten Kapsel, seinen Arm nach oben in abducierter Stellung und Außenrotation erhebt, dann wird die Kerbe am vorderen Rande der Cavitas glenoidalis wie ein Zahnrad einschnappen und dort eingeklemmt werden. Dieses ist aber nur bei einer schwachen, zarten, schlaffen, erweiterten Kapsel möglich, dagegen bei einer kräftigen Kapsel wegen der geringeren Rotationsmöglichkeit ausgeschlossen. Damit ist die Subluxation fertig. Verf. macht also für die Entstehung der habituellen Luxation abnorme angeborene anatomische Verhältnisse verantwortlich. *Vorschütz.*

Gilbert, Sur un mémoire de M. Léopold-Lévi, concernant la rétraction de l'aponévrose palmaire et le traitement thyroïdien. (Über einen Aufsatz von M. Leopold Lévi, betreffend die Dupuytrensche Kontraktur und die Behandlung mit Schilddrüsensaft.) Bull. de l'acad. de méd. **69,** S. 23—26. 1913.

Verf. berichtet über 7 Patienten mit Dupuytrenscher Kontraktur, die von Léopold-Lévi mit Schilddrüsenpräparaten behandelt wurden. Fünf von ihnen zeigten gute Resultate. In einem ausführlicher beschriebenen Fall wurde nach 9maliger Dosis von 0,1 cg. schon ein deutlicher Effekt erzielt. Daraus zieht L. den Schluß, daß die Krankheit thyreogener Natur sei, da andere nebenher bestehende thyreogene Störungen ebenfalls zurückgingen. Die Wirkung der Schilddrüsenpräparate erklärt sich als eine solche auf die Zirkulationsverhältnisse; daneben kommt eine „antisklerosierende" Wirkung, wie sie z. B. bei der Sklerodermie beobachtet wird, in Betracht. *Naegeli* (Zürich).

Abadie, J., Traitement actuel de la fracture du cubitus au tiers supérieur avec luxation de l'extrémité supérieure du radius. (Operative Behandlung der Fractura ulnae im proximalen Teil mit Luxation des oberen Endes des Radius.) Presse méd. **6,** 49—52. 1913.

Es handelt sich um eine Empfehlung der Knochennaht der Ulna mit blutiger Reposition des Radiusköpfchens in einem Akt, zwecks Vermeidung der Resektion des Köpfchens.

Genauere Beschreibung von zwei eigenen Fällen, deren Verhältnisse durch 8 Röntgenkonturskizzen illustriert sind. Der erste dieser Fälle ist schon einen Monat alt, der zweite ist zwar frisch, aber durch eine Radialislähmung kompliziert. In beiden Fällen wurde durch einen Schnitt an der Hinterseite zuerst die Ulnafraktur freigelegt und durch eine Jacoelsche Klammer resp. durch Lambottesche Schraubenschiene in richtiger Stellung fixiert. Dann wurde durch einen Schnitt an der Außenseite des Ellbogengelenks das Radiumköpfchen freigelegt, und nach Klarlegung der Verhältnisse resp. nach Durchtrennung interponierter Kapselteile an seinen richtigen Ort reponiert. Verband in maximaler Flexionsstellung. Heilung in zwei Monaten.

Verf. empfiehlt das Verfahren sowohl für frische, als auch in Verbindung mit der schrägen Osteotomie für veraltete Fälle. Die Resektion des Radiusköpfchens will er auf jene Fälle beschränkt wissen, bei denen der Versuch der blutigen Reposition nicht gelingt. *v. Saar* (Innsbruck).

Deroide, Jean, Un cas de fracture très rare du coude. (Über einen sehr seltenen Fall von Ellenbogenfraktur.) Rev. d'orthop. **24,** S. 83—87. 1913.

Junger Mann fällt etwa 2½ m hoch herab und schlägt bei gebeugtem Arm mit der Hinterkante des Ellenbogens auf eine vorspringende Kante auf. Störungen in Bewegung und Druck-

schmerz entlang der Achse des Armes nicht nachweisbar. Erst das Röntgenbild zeigte die Verhältnisse genauer. Es waren Olecranon und Proc. eoronoideus der Ulna frakturiert; es lagen ein messerschneidenförmiges und ein erbsenförmiges Knochenstück zwischen den beiden Fragmenten. Der Arm wurde in Mittelstellung zwischen Pro- und Supination extendiert. Das Resultat war ein gutes. In der Beugefähigkeit bestand kein Ausfall, die Streckung blieb etwa um 5—6 Grad zurück und ist hier die Pro- und Supination gestört; dagegen ist letztere bei gebeugtem rechtwinkligem Arm unter Knirschen im Gelenke zwischen Radius und Ulna möglich. Volle Arbeitsfähigkeit. *Vorschütz* (Cöln).

Morgenstern, Kurt, Über kongenitale hereditäre Ankylosen der Interphalangealgelenke. (*Chirurg. Klinik, Frankfurt a. M. u. chirurg. Poliklin., Heidelberg.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **82**, S. 508—530. 1913.

Die seltene Deformität der Ankylose einzelner Finger und Zehengelenke konnte Verf. zweimal beobachten. In beiden Fällen war exquisite Heredität nachweisbar. Verf. konnte selbst mehrere Familienmitglieder in beiden Fällen untersuchen und durch anamnestische Erhebungen noch eine Reihe weiterer ermitteln. Die Literatur ergibt 29 weitere Beobachtungen. Das Charakteristische ist das Fehlen einzelner Interphalangealgelenke, das mit Brachyphalangie kombiniert ist. Aus den Röntgenuntersuchungen der betr. Fälle ergab sich, daß die Epiphysenkerne der distalen Phalangen fehlten, d. h. mit den Grundphalangen verwachsen waren. Die Deformität stellt sich darnach in formaler Hinsicht als eine Entwicklungsanomalie infolge abnormen Verhaltens der Epiphysenkerne dar. Bezüglich der Erklärung der kausalen Genese teilt Verf. die bekannten Fälle in 2 Gruppen. Die 1. Gruppe ist dadurch charakterisiert, daß die Deformität asymmetrisch ist, gewöhnlich nur die rechte obere Extremität befällt, mit Defekten derselben Thoraxseite oder seiner Muskulatur kombiniert und nicht vererblich ist. Die 2. Gruppe ist die der exquisit vererblichen Fälle mit symmetrischem Auftreten der Deformität an Händen und Füßen. Für die 1. Gruppe nimmt Verf. mit allen anderen Autoren eine exogene Entstehungsursache in Raumbeschränkung in utero an. Für die 2. Gruppe dagegen ist die Entstehung in einer Anomalie der Keimanlage zu suchen, wobei Verf. jedoch auch eine mechanische Einwirkung des Amnion annimmt. Das Amnion ist aber fötalen Ursprungs, so daß darin die Anomalie der Keimanlage zu suchen ist. *Baisch* (Heidelberg).

Horand, R., Luxation trapézo-métacarpienne. (Daumenluxation.) (*Soc. nat. de méd. de Lyon, séance du 2. XII. 1912.*). Lyon méd. **120**, S. 15—17. 1913.

Maschinenverletzung der linken Hand bei einem jugendlichen Arbeiter, die zu einer mehrere Wochen — bis zum ersten Röntgenbild — übersehenen Dorsalluxation des Daumens im Gelenk zwischen Metacarpus I und Os multangulum maius geführt hatte. Der um 2 cm verkürzte, eng an den Zeigefinger geschmiegte Daumen war aktiv unbeweglich und sehr schmerzhaft, die Hand dementsprechend gebrauchsunfähig. Um den blutig zu reponierenden Daumen in seiner Lage zu erhalten, käme das Tragen einer silbernen Hülse in Betracht, die Finger und Metacarpus umfassend mit einem Handgelenksring in Verbindung steht und durch die der Verf. in einem Falle von habitueller Subluxation im gleichen Gelenk volle Gebrauchsfähigkeit der Hand erreichte. *Goebel* (Köln).

Untere Gliedmaßen:

Weber, F. Parkes, Non-syphilitic arteritis obliterans („thromboangeitis" of Leo Buerger), with intermittent claudication of the left lower extremity. (Nichtsyphilitische Arteriitis obliterans [„Thromboangeitis" nach Leo Buerger] mit intermittierendem Hinken am linken Bein.) Lancet **184**, S. 169 bis 170. 1913.

47jähriger russischer Jude, der die charakteristischen Symptome (Röte bzw. Cyanose des herabhängenden Beines, Blässe des Fußes bei Bewegungen im Fußgelenk, intermittierendes Hinken, fehlender Puls in den Fußarterien) darbietet. Der seit 1907 beobachtete Fall zeigt auffallenderweise keine nennenswerte Verschlechterung, obwohl Patient in der Zwischenzeit zweimal oberflächliche Phlebitis und außerdem „ischämiche" Geschwüre gehabt hat. Gerade die letzteren geben wegen der starken Schmerzen meist Veranlassung zur Amputation. Verschiedene Fälle bei armen russischen Juden beobachtet. Wassermann stets negativ. Intermittierendes Hinken allein ist kein Beweis für organische Erkrankung.
Jüngling (Tübingen).

Reynier, Paul, Radiothérapie. Sarcome de la région inguinale guérie par le radium. (Sarkom der Leistengegend geheilt durch Radiumstrahlen.) Journal de physiothérap. **11,** S. 24—34. 1913.

Reynier zeigt einen Patienten, bei dem durch mehrfache Radiumbestrahlung ein kindskopfgroßes Sarkom der linken Leistengegend zum völligen Verschwinden gebracht worden ist. Die Behandlung geschah folgendermaßen:

Mit Hilfe eines Trokars wurden 3 Röhrchen, enthaltend $1^1/_2$—5 Centigramm Radiumsulfat, eingeschlossen in $^1/_2$ mm starkes Platin in die Geschwulst eingeführt, wo sie 48 Stunden verblieben. Wiederholung der Applikation nach 14 Tagen und weiter 3 Wochen mit je 2 Röhrchen 24 Stunden lang. Nach $^1/_4$ Jahr ist die Geschwulst völlig verschwunden und Patient nach $^3/_4$ Jahr rezidivfrei.

Keine Heilung erzielte R. dagegen bei einem inoperablen Portiocarcinom, das er in analoger Weise behandelte, wenn auch vorübergehende Besserung mehrfach nach erneuter Bestrahlung zu konstatieren war. *Hoffmann* (Dresden).

Galeazzi, R., Über die unblutige Behandlung der kongenitalen Hüftgelenkverrenkung. *(Orthop. Klinik d. Inst. f. Rachitische, Mailand.)* Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31,** S. 202—211. 1913.

Ein wesentliches Element der Deformität der kongenitalen Hüftgelenksverrenkung ist die Antetorsion des oberen Femurendes. Ihre selbständige Verminderung führt zur spontanen Heilung der Luxation, die in seltenen Fällen beobachtet wurde. Diese Tatsache verwendet Verf. zur Heilung der Luxation.

Nach genauer Bestimmung des Torsionsgrades zwischen Schaft und Pfanne mittels des vom Verf. konstruierten Torsionsgoniometer und nicht mittels Radiographie schreitet er zur Einrenkung unter Narkose. Das Wesentliche dabei ist die Detorsion durch Innenrotation des Beines bei gleichzeitiger leichter Flexion und Abduction. Dazu kommt fallweise, wenn das Femurende noch etwas über dem Pfannenrand steht, ein Extensionszug in der Richtung der Femurachse und Druck auf den Trochanter. Die Abduction soll nur so weit getrieben werden als bis der Kopf gut in der Pfanne zentriert ist, ein Mehr schafft nicht so günstige Adaptationsverhältnisse. Gesichert wird diese so erhaltene Stellung durch einen an den Cristae ilei am Trochanter, in der retrotrochanteren Grube und an den Femurkondylen gut anmodellierten Gipsverband. Nach 12 Tagen Abnahme des Gipsverbandes behufs Röntgenkontrolle, dann neuer Verband bis 70 Tage. Im 2. Verbande bleibt die Rotation. Die Abduction wird aber vermindert, das Bein im Knie gestreckt. Dann 1 Monat nachher Liegekur in streng horizontaler Lage und mit dauernd und kräftig innenrotiertem Beine. Gehen erst nach vollkommener Detorsion und gesichert durch Beckenring.

Von 30 Patienten sind 22 geheilt, 7 noch in Behandlung. Ungeeignet sind solche mit starker Kapselerschlaffung und solche mit schlechtem Pfannenrand. Das Wesen der Detorsion bzw. der Innenrotation liegt in der Dehnung der verkürzten Außenrotation und in der Entspannung der durch die Anteversion gedehnten vorderen Kapselpartien. Besonders das Lig. ileofemorale erstarkt und übt dann eine starke Pression auf die Gelenkenden. Beigegebene Röntgenbilder bestätigen den Heilerfolg. Verf. will diese Methode besonders angewendet wissen bei den jüngsten Fällen, die unter der Bezeichnung „Subluxation" meist nicht behandelt werden. Schließlich bringt er seine Therapie im biologischen Zusammenhang mit der pathogenetischen Theorie Le Damanys. *Mayersbach* (Innsbruck).

Lance, M., Un cas de coxa valga subluxans congénitale. (Ein Fall von angeborener Coxa valga subluxans.) Rev. d'orthop. **24,** S. 75—82. 1913.

13jähriger Knabe, der in Fußlage geboren, mit 13 Monaten die ersten Gehversuche machte und erst im Alter von 5 Jahren ohne Unterstützung gehen konnte. Die linke Hüfte springt vor. Trochanter- und Schenkelkopf sind deutlich zu fühlen. Trendelenburg positiv. Die Außenrotation ist in der Hüfte vermehrt, im übrigen sind alle Bewegungen beschränkt. Das Bein ist verlängert, der Schenkelhals fast gerade gestreckt (Neigungswinkel 158°, rechts 125°, Richtungswinkel 78°, rechts 45°). Die Knorpelfuge verläuft horizontal. Es besteht eine Atrophie der ganzen linken Körperhälfte, Skaphoidform der Scapula, Steißgrübchen. Das Genitale ist unentwickelt. Hinsichtlich der Pathogenese kommt in Frage: 1. angeborene Luxation mit Coxa valga, 2. angeborene Coxa valga mit Subluxation des Kopfes, 3. Schenkelhalsfraktur intrapartum. Eine Luxation besteht nicht. Es fehlt die Verkürzung des Halses, die bei der angeborenen Luxation in der Regel vorhanden ist. Ein angeborener Zustand als

Folge einer Wachstumsstörung (Drehmann) eines abnormen intrauterinen Druckes (Friedländer) ist nicht anzunehmen, da der Hals, sowie die ganze Extremität verlängert sind. Am wahrscheinlichsten erscheint dem Verf. die Annahme, daß die Deformität Folge einer Verletzung intrapartum ist. Ein analoger Fall fehlt in der Literatur. *Frangenheim* (Leipzig).

Joüon, G., Décollement épiphysaire supérieur du fémur reconnu et réduit trois semaines après l'accident. (Epiphysenlösung am oberen Femurende diagnostiziert und 3 Wochen nach der Verletzung reponiert.) Rev. d'orthop. **24**, S. 65—69. 1913.

Lösung der oberen Femurepiphyse durch leichten Fall auf die Hüfte bei einem 14 jährigen Knaben. Der Verletzung gingen Gelenkschmerzen und Schwäche des Beines voraus. Joüon sieht hierin die prädisponierende Ursache für die Epiphysenlösung. 3 Wochen nach der Verletzung gelang noch in Narkose die „Koaptation der Fragmente", nachdem der Callus unter hörbarem Krachen gelöst wurde. Gipsverband in 35° Abduktion und Innenrotation, 2 Monate Bettruhe. Danach normale Stellung der Epiphyse zum Schenkelhalse, fast freie Beweglichkeit des Hüftgelenkes. Während der Krankenhausbehandlung Darreichung von Phosphorsirup. *Frangenheim* (Leipzig).

Gibson, A., Case of old-standing dislocation of hip-joint treated by open operation. (Fall von alter Dislokation des Hüftgelenks behandelt mit offener Operation.) Lancet **184**, S. 316. 1913.

Estes, W. L., End result of fractures of the shaft of the femur. (Endresultate bei Frakturen des Femurschaftes.) Boston med. a. surg. journal **168**, S. 59—60. 1913.

Die Frequenz dieses Bruches beträgt bei einem Material von 1869 Frakturen 13%. Eine Übersicht von 760 Fällen zeigt, daß die indirekte, unkomplizierte Fraktur bei weitem überwiegt, daß das mittlere Drittel am häufigsten betroffen ist, und daß vor der Reposition eine durchschnittliche Verkürzung von $3^1/_2$ cm bestand. Meist wurde ohne Narkose reponiert und ein Streckverband angelegt; die Belastung betrug im Mittel nicht ganz 7 kg. Die Bettruhe dauerte im Durchschnitt 8,2 Wochen, die Arbeitsunfähigkeit 2,7 Monate, Stockhilfe war 8 Wochen nötig. Die durchschnittliche endgültige Verkürzung betrug 1,25 cm. In fast 20% der Fälle bestand eine Verdrehung des Fußes nach innen oder außen, in fast 10% eine Störung durch übermäßige Callusbildung. Die Mortalität betrug 3,69%. — Verf. kommt zu dem Schluß, daß in der Klinik und im Hospital den Frakturen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muß. Er verlangt prinzipiell 3 Röntgenaufnahmen: vor der Reposition, im Verbande und bei der Entlassung. Die Extensionsbehandlung ist die Methode der Wahl; die Operation kann nicht als Normalverfahren empfohlen werden, ebensowenig die funktionelle Behandlung. In vereinzelten Fällen wird der geübte Chirurg, der seiner Asepsis sicher ist, von dem operativen Verfahren Gebrauch machen dürfen. *Magnus* (Marburg).

Tortora, Mario, Sulla rarità del ginocchio valgostatico presso gli arabi. (Über die Seltenheit des Genu valgum staticum bei Arabern.) Gaz. degli osp. e delle clin. **34**, S. 97—98. 1913.

Verf. macht auf die überraschende Tatsache aufmerksam, daß bei den Arabern das Genu valgum staticum überhaupt nicht zur Beobachtung kommt. Offenbar trägt das Sonnenlicht vorzüglich dazu bei, daß das Skelettsystem dieser Rasse besonders widerstandsfähig ist. Von Generation zu Generation nimmt die Widerstandsfähigkeit der für die Statik besonders wichtigen Skeletteile und Bandapparate bei ihr zu. *Bibergeil* (Berlin).

Eiselsberg, Frhr. A. v., Mobilisierung eines versteiften Kniegelenkes. Klin.-therap. Wochenschr. **20**, S. 69. 1913.

Ein nach Arthritis gonorrhoica absolut versteiftes Kniegelenk wurde dadurch in normalem Umfang wieder beweglich gemacht, daß alle Verwachsungen zwischen den beiden artikulierenden Knochen operativ gelöst und die Gelenkfläche des Femur mit einem gestielten Lappen aus der Fascia lata bedeckt wurde. Nach vollkommenem Verschluß der Wunde wurde ein Streckverband angelegt zum Schutz des Fascienstreifens vor zu starkem Druck. Fleißige Übung des

Patienten am Pendelapparat in der Nachbehandlung ist zur Erzielung eines guten Erfolges unerläßlich.

Die Indikationsstellung zur Operation ist nach Hochenegg von dem Zustand der Extensorenmuskulatur des Oberschenkels abhängig zu machen. Ist diese infolge zu lang dauernder Ankylose atrophisch, so fehlt nach der Mobilisierung des Kniegelenkes die Tragfähigkeit des Beines. *Genewein* (München).

Franke, Felix, Die osteoplastische epiphysäre Amputatio tibiae sub genu als Ersatz für die Exartikulation im Kniegelenk. Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 81—85. 1913.

Franke bringt eine neue, vielleicht schon einmal ausgeführte, aber noch nie beschriebene osteoplastische Amputation in Vorschlag, eine Methode, die durch gute Tragfähigkeit der Condylen und durch mäßige Ansprüche an die Größe des Hautlappens und so geringe Gangrängefahr wegen der besseren Ernährung des Lappens sich empfiehlt. Im wesentlichen besteht diese von F. etwa 6mal ausgeführte Operation darin, daß unter Erhaltung der Kniegelenkshöhle, die deswegen natürlich gesund sein muß, ein großer vorderer Lappen gebildet, die Tibia sodann von hinten oder von vorn unter Erhaltung einer dünnen, den Epiphysenteil enthaltenden Knochenscheibe abgetragen wird, nachdem zugleich mit dem Hautlappen und mit ihm verbunden die Tuberositas tibiae, bis $1^1/_2$ cm vor den Gelenkspalt abgesägt, abgehoben ist. Lappen mit Tuberositas wird sodann auf die dünne Tibiascheibe geklappt, der er ohne Spannung aufliegt, so daß dadurch und durch die mit der kürzeren Stielung begründete bessere Ernährung das Leben des Hautlappens kaum gefährdet erscheint. Notwendig ist zum Abschluß eine Durchtrennung der Oberschenkelbeugesehnen, um durch ein Herumgezogenwerden der Tibiascheibe nicht die Patella nach vorn unten zu lagern und zur Stützfläche zu machen, zugleich auch stärkere Lappenspannung erzielend. Freilich ziehen die durchtrennten Sehnen auch die Haut an der Schenkelrückseite nach oben, und es muß deswegen der hintere Hautlappen ausgiebig lang angelegt werden. Die Narbe fällt beim Innehalten dieser Bedingungen ungedrückt an die hintere Tibiakante. *Hesse* (Greifswald).

Patel et Viannay, De la luxation sous-astragalienne complète du pied en dedans, sans perforation de la peau. (Über die Luxatio pedis sub talo nach innen ohne Perforation der Haut,) Rev. d'orthop. **24,** S. 1—14. 1913.

Kasuistische Mitteilung.

Appleton, A. B., Note on a variable feature of the astragalus. (Mitteilung über ein variierendes Merkmal des Talus.) Journal of anat. a. physiol. **47,** S. 123—142. 1913.

Am Talus des Menschen und der Anthropoiden ist der nicht von Gelenkknorpel überzogene Raum zwischen der Gelenkfläche für die Fibula und derjenigen für die hintere Calcaneusartikulation von variierender Größe. Er wird von einem besonderen fibrösen Bande eingenommen („Lig. laterale tali"), das von der Spitze des Proc. lat. tali mit dem Lig. talofib. post. zum Proc. post. tali zieht. Die Ausdehnung des nicht artikulierenden Raumes und die des Bandes ist abhängig von der vertikalen Länge der Gelenkfläche für die Fibula und von der Höhe des Talus am Process. lateral. Für diese beiden Größen ergeben sich Mittelwerte durch vergleichende Untersuchungen an Menschen und Menschenaffen. Dabei werden konstante Beziehungen zwischen den Werten verschiedener Maße am Talus festgestellt, deren Variation in der Reihe der Primaten als Anpassung an den aufrechten Gang aufgefaßt werden kann. *Joseph* (Berlin).

Karschulin, A., Isolierte Verrenkung des ersten Keilbeines. (*Garnis.-Spit. Nr. 6, Olmütz.*) Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 272—274. 1913.

Unter 119 Luxationen im Lisfrancschen Gelenk ist erst in 14 Fällen die blutige Reposition ausgeführt worden.

Karschulins Fall betraf einen Dragoner, welcher durch Sturz in der Reitbahn mit seinem rechten Fuß unter den Körper des Pferdes zu liegen kam, wobei der Fuß in seiner Längsachse in der Richtung von der Großzehe bis zur Ferse zusammengedrückt und dabei eine dorsale Verrenkung des ersten Keilbeines gegenüber dem Metatarsus I zustande gekommen war. Die Erscheinungen bestanden in Schwellung des Fußrückens, dorsal tastbarem Knochenvorsprung und Verkürzung des Fußinnenrandes. Das Röntgenbild zeigte einen Splitterbruch des linken Keilbeines an dessen Innenseite mit gleichzeitiger dorsaler Ausrenkung. Die unblutige Reposition war ohne, die operative Reposition dagegen $2^1/_2$ Wochen später (in Rückenmarksanästhesie) mit Erfolg vorgenommen. Das ausgezeichnete funktionelle Heilergebnis schreibt K. einer die Fußwölbung sichernden Sohleneinlage in den ersten Verbänden und der Nachbehandlung mit Plattfußeinlagen zu. *Henschen* (Zürich).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie
Band I, Heft 4 und ihre Grenzgebiete S. 137—168

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Kroh, Fritz, Beiträge zur Anatomie und Pathologie der quergestreiften Muskelfaser. Experimentelle Studien zur Lehre von der ischämischen Muskellähmung und Muskelcontractur. (*Akad. f. prakt. Med., Köln.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **120,** S. 302—369 u. 471—544. 1913.

Auf Grund zahlreicher experimenteller Untersuchungen bespricht Verf. das Verhalten der Muskelfaser bei Eintritt von Schädigungen und Ernährungsstörungen, unter denen die durch Zirkulationsstörungen hervorgerufenen Degenerationsprozesse im Vordergrund stehen. Die O- bzw. Nahrungsentziehung bewirkt Veränderungen der Form, Konsistenz und Erregbarkeit der Muskeln. Mit dem Erlöschen der faradischen Erregbarkeit nach vollständiger Anämisierung tritt Muskelstarre auf mit tiefergreifenden, strukturellen Veränderungen im Muskel, in Form von Faserfragmentierung und Kerndegeneration. Die Unterbindung eines großen Arterienstammes an sich stellt die Existenz einer Kaninchenextremität nicht in Frage, doch können durch gleichzeitige Unterbindung des Venenstammes, durch interstitielle Druckerhöhung (Hämatome u. dgl.), durch mechanische Behinderung der Entwicklung des Collateralkreislaufes (Gipsverbände) oder durch Inaktivierung schwerste Gewebsschädigungen, ja selbst totale Nekrose herbeigeführt werden. Die starke Inanspruchnahme ist eine ausgezeichnete, zirkulationsbefördernde Kraft; sie ist für das Schicksal unterernährter oder durch Zirkulationsstörungen stark geschädigter Muskelfasern von großer Bedeutung. Nervenalterationen können den Muskeldegenerationsprozeß fördern, kommen jedoch als ätiologisches Moment für das Entstehen der Muskelischämie nicht in Betracht.
Kindl (Prag).

Ricker, G., Zur Lehre von der Diäresis- und Diapedesisblutung. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **120,** S. 601—605. 1913.

Verf. ergreift noch einmal das Wort in seiner Polemik mit Läwen über die Ätiologie der „Massenblutungen ins Nierenlager". Er bleibt bei seinem Standpunkt, daß es sich um Diapedesisblutungen handelt, im Gegensatz zu den von Läwen angenommenen Diäresisblutungen. Er begründet noch einmal seine Ansicht und weist auf seine Experimente hin, durch die er einen Zusammenhang der Blutungen mit dem Nervensystem bewiesen hat. Wahrscheinlich sind nicht nur Störungen der Gefäßnerven, sondern auch gewisse Spinal- und Cerebralleiden für die Entstehung der Blutungen heranzuziehen. Zum Schlusse folgt noch ein Hinweis auf die chemo-therapeutische Beeinflussung von Tiertumoren durch intravenöse Injektion von gewissen Metallsalzen und ihre Beziehungen zur Diapedesisblutung. *Kleinschmidt* (Leipzig).

Mauclaire, Embolies pulmonaires post-opératoires. (Postoperative Lungenembolien.) Progr. méd. **41,** S. 19—22. 1913.

Verf. hat dreimal nach nichtkomplizierten Hernien-Radikaloperationen, mehrmals nach Exstirpation von Tumoren, nach Ligaturen der Vena saphena Lungenembolien gesehen. Er unterscheidet drei Formen: 1. Die foudroyante Form infolge von massigen Embolien führt in einigen Sekunden zum Exitus. 2. Die asphyktische Form, infolge von Embolien in mehreren Lappen, dauert 1—2 Stunden, ist verbunden mit Aushusten von Blut. 3. Die leichte Form, kennzeichnet sich nur durch schwärzlichen, blutigen Auswurf; an Ort und Stelle treten Rasselgeräusche auf. Für die Trendelenburgsche Operation kommen nach den Autopsiebefunden von Ranzi nicht in Betracht die Fälle, bei denen die Embolie unmittelbar im Anschluß an die Operation erfolgt, sie überstehen den zweiten Eingriff nicht; ferner die Fälle mit foudroyantem Verlauf, hier kommt auch der Chirurg zu spät. Geeignet sind nur die Fälle, die längere Zeit nach der Operation auftreten und im Verlauf von Stunden zum Exitus kommen. Unter den 9 Fällen von Ranzi hätten sich 5 zur Operation geeignet. *Ströbel* (Erlangen).

Melchior, Eduard, Über die erhöhten Gefahren operativer Blutverluste bei angeborener Enge des Aortensystems. (*Breslauer chirurg. Klin.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 160—163. 1913.

Verf. berichtet über einen 23jährigen Patienten, der nach einer Strumektomie und über einen 18jährigen Patienten, der nach einer Kniegelenksresektion an einer verhältnismäßig geringen parenchymatösen Nachblutung zugrunde ging. Der postoperative Blutverlust betrug schätzungsweise etwa $^3/_4$ l, eine Menge, die bei normaler Konstitution gut ertragen wird. Die Obduktion zeigte im ersten Falle eine abnorme Enge der Brustaorta und endokarditische Veränderungen der Aorten- und Mitralklappe. Im zweiten Falle fand sich eine Hypoplasie der Brust- und Bauchaorta, der peripheren Arterien, des Herzens und der linken Niere, während die rechte Niere hydronephritisch war und zwei Nierenbecken und Ureteren besaß.

Individuen mit einem solchen Status hypoplasticus haben eine geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber äußeren Schädigungen. Bei dieser Konstitutionsanomalie handelt es sich in der Regel um ein fötal bedingtes Zwergwachstum, wodurch ein Mißverhältnis zwischen Capazität des arteriellen Systems und der Größe des übrigen Körpers zur Ausbildung gelangt. Der größte Prozentsatz der mit dieser Anlage behafteten Leute geht in der Zeit nach der Pubertät bis zum eigentlichen Mannesalter zugrunde. Einen reinen Herztod glaubt Verf. ausschließen zu können. Er ist vielmehr der Ansicht, daß in seinen Fällen eine primäre Blutarmut, die eine Begleiterscheinung der Gefäßhypoplasie ist, die Grundursache des Verblutungstodes ist. Diese Oligaemia vera ist dadurch charakterisiert, daß ausschließlich eine quantitative Änderung des Blutvolumens vorhanden ist, so daß schon ein geringer Blutverlust eine direkte Verblutung herbeiführen kann. Sichere diagnostische Symptome für diese Gefäßanomalie sind nicht vorhanden. *Wortmann* (Berlin).

Ritter, Carl, Kritische Bemerkungen zu den kritischen und experimentellen Untersuchungen über das Entstehen und Verschwinden von Lymphdrüsen. (*Städt. Krankenh., Posen.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **120,** S. 586—596. 1913.

Entgegnung des Verf. auf eine Arbeit de Groots über das Entstehen und Verschwinden von Lymphdrüsen. Hinweis Ritters auf seine eigene frühere Arbeit in der gleichen Zeitschrift, in der er die von de Groot beobachteten „eigentümlichen Formen von Lymphdrüsen im Achselhöhlenfett bei Mammacarcinom" bereits ausführlich beschrieben hat. — Kritik über die Meinung de Groots, daß neugebildete Lymphdrüsen als Ersatzlymphdrüsen aufzufassen sind. R.s Ansicht nach sind aber einwandfreie Beweise für eine Neubildung von Lymphdrüsengewebe unter normalen Verhältnissen noch nicht erbracht, sondern diese Neubildung nur bei infektiösen Prozessen, oder bösartigen Tumoren festgestellt. *Kalb.*

Scobie, James, Note on some untoward effects of iodoform. (Notiz über einen unerwarteten Zustand durch Jodoformapplikation.) Prescriber **7,** S. 11—12. 1913.

Nach einer Nasentamponade mit Jodoformgaze sehr heftiges Ekzem des Kopfes und der Hände, verbunden mit Conjunctivitis und Iritis. Heilung in 14 Tagen. *Hirschmann* (Berlin).

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Wolfsohn, Georg, Über eine Modifikation des Staphylokokkenvaccins. (*Krankenh. d. jüd. Gemeinde, Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 112—113. 1913.

Wolfsohn stellt aus abgetöteten und Filtraten von lebenden Staphylokokken, die durch Carbol oder Lysol abgeschwächt waren, ein Vaccin her, mit dem er bei Ekzemen, Sycosis, Furunkulose günstige Resultate erzielt hat. Die Injektionen des Vaccins machen Infiltrate, Erytheme, die aber nach 12—48 Stunden zu verschwinden pflegen. *Linser* (Tübingen).

Valette et Louis Ramond, Un nouveau cas de septicémie à pneumobacilles de Friedländer. (Über einen neuen Fall von Septikämie durch den Pneumobacillus Friedländer.) Bull. méd. **27,** S. 125. 1913.

69 Jahre alter Mann starb im Verlauf von 19 Tagen unter den Erscheinungen einer sep-

tischen Infektion. Keine Lokalisation, Ausgangspunkt nicht nachgewiesen. Als Erreger fand sich der Pneumobacillus Friedländer im Blut. Nachweis der Kapseln mit dem Tuscheverfahren. *Ströbel* (Erlangen).

Rendu, Robert, Des inhalations d'air chaud dans le traitement de la diphtérie, technique, résultats cliniques. (Inhalationen von heißer Luft zur Behandlung der Diphtherie; Technik; klinische Resultate.) Belgique méd. **20,** S. 53—57. 1913.

Von 66 Diphtheriefällen wurden 33 nur mit Serum, 33 nur mit Heißluft behandelt. Der elektrisch betriebene Apparat ist mit biegsamen Ansatzstücken versehen, welche tief in den Mund und Rachen bzw. in die Nase eingeführt werden können. Die Temperatur wird allmählich gesteigert. Sie läßt sich von 18—150° annähernd regulieren. Bei richtiger Handhabung wird kein subjektives Unbehagen hervorgerufen. Auch objektiv werden keine schädlichen Nebenwirkungen beobachtet. Die Heilwirkung ist annähernd der des Heilserums gleich. Rendu verspricht sich viel von einer Kombination beider Methoden. Während das Serum antitoxisch wirkt, ist die Heißluftbehandlung ein bakterizides, Hyperämie erregendes und Schmerz linderndes Mittel. Ihre alleinige Anwendung, ohne Serum, empfiehlt sich bei Tuberkulösen und bei solchen Kranken, die früher schon mit Serum behandelt waren. *Wolfsohn* (Berlin).

Aviragnet et Hallé, Le phénomène d'Arthus gangréneux dans la diphtérie. (Arthussches Phänomen mit Gangrän bei Diphtherie.) (*Hôp. d. enf. mal.*) Bull. méd. **27,** S. 59—62. 1913.

Verff. haben in 4 Fällen bei Kindern, die schon durch vorhergehende Injektionen gegen Pferdeserum sensibilisiert waren, nach der Reinjektion zum Teil sehr ausgedehnte Nekrosen der Haut (beinahe des ganzen Abdomen) auftreten sehen. Es handelt sich um das in der Lehre von der Anaphylaxie längst bekannte Arthussche Phänomen. *Ströbel* (Erlangen).

Marquès, H., J. Madon et L. Pech, L'ion zinc dans la thérapeutique des infections localisées. Considérations sur son mode d'action. (Das Zinkion in der Behandlung lokalisierter Infektionen. Betrachtungen über seine Wirkungsweise.) Arch. d'électr. méd. **21,** S. 67—74. 1913.

Verff. haben die Ionisation bei Furunkulose, Acne und einem Fall von Lymphangitis mit gutem Erfolge angewendet. Sie benutzen eine breite Zinkanode, die von einer mit 2proz. Chlorzinklösung getränkten dicken Watteschicht umwickelt ist, und wenden den Strom so stark an, wie ihn der Patient nur verträgt, bis 40 MA. — Zeit bis 30 Minuten.

Verff. haben diese Erfahrungen am Tierexperiment nachgeprüft, indem sie Kaninchen Staphylokokkenkulturen einspritzten und sie vorher oder nachher ionisierten. Frühzeitige Behandlung kann die Eiterung verhindern, präventive Ionisation kann sie abschwächen, dasselbe läßt sich erreichen, wenn Eiterung schon besteht. Auf Grund der Tier- und Reagensglasexperimente kommen die Verff. zu dem Schluß, daß es sich nicht um eine antiseptische und rein lokale Wirkung handelt, sondern um eine ausgedehnte, die zu der lokalen hinzukommt und die Abwehrkraft des Orangismus gegen Infektionen verstärkt. *Wohlauer* (Charlottenburg).

Bruck, Carl, und A. Glück, Über die Wirkung von intravenösen Infusionen mit Aurum-Kalium cyanatum (Merck) bei äußerer Tuberkulose und Lues. (*Dermatol. Univ.-Klinik, Breslau.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 57—62. 1913.

Ausgehend von einer Beobachtung R. Kochs haben Verf. bei einer Anzahl ausgedehnter Lupusfälle Lösungen von Aurum-Kalium cyanatum in Mengen von 0,02—0,05 pro Dosi jeden 2. bis 3. Tag intravenös injiziert. Über 0,05 g soll nicht gegeben werden. In der Regel wurden 12 solche Injektionen gemacht mit dem Resultat, daß überall eine wesentliche Besserung der Lupusherde beobachtet werden konnte. Bei Kombination mit Tuberkulin, wobei das Gold auf der Höhe der Reaktion injiziert wurde, war die Wirkung noch günstiger. Auch bei Lues, besonders tertiären Fällen, wurden nach Injektionen durch Goldlösungen sehr günstige Erfolge, die selbst mit Salvarsan rivalisieren konnten, beobachtet. *Linser* (Tübingen).

Brugère, Adrien, De la tuberculose pseudo-néoplastique ou tuberculose des synoviales tendineuses. (Über die pseudo-neoplastische Tuberkulose oder Tuberkulose der Sehnenscheiden.) Rev. internat. de la tubercul. **23,** S. 27—**36.** 1913.

An der Hand von 4 von ihm beobachteten Fällen bespricht Brugère das Krankheitsbild der Sehnenscheidentuberkulose. Ätiologisch kommen für die Lokalisation vorhergegangene örtliche Erkrankungen (Gonorrhoe, Arthritis), Traumen, namentlich wiederholte, und berufliche übermäßige Inanspruchnahme in Betracht — an der oberen Extremität bei Schneiderinnen, Pianisten, Schlossern, an der unteren bei Briefträgern und Hirten. Besonders häufig ist die Beugeseite des rechten Handgelenks befallen. Die Erkrankung tritt meist primär auf, seltener sekundär im Gefolge einer Impfung mit dem tuberkulösen Virus an der Stelle der Verletzung, einer Spina bifida usw. Anatomisch handelt es sich um die hypertrophisch-fungöse Form der Tuberkulose, wahrscheinlich hervorgerufen durch in ihrer Virulenz abgeschwächte Bacillen. Demzufolge schreitet die Erkrankung nur langsam und ohne erhebliche Störungen der Funktion und Veränderungen der Gestalt vorwärts. Die Diagnose ist leicht. Differentialdiagnostisch kommen, abgesehen von akuten Entzündungen, nur die seltenen Tumoren der Sehnen und ihrer Scheiden in Betracht. Die Prognose ist günstig zu stellen. Die Therapie kann nur chirurgisch (radikale Entfernung des fungösen Gewebes) sein. Über die Beeinflussung des Prozesses durch Röntgenstrahlen wird nichts mitgeteilt. *Posner* (Heidelberg).

Chalier, André, et A. Maurin, Sur une forme bénigne de pyarthrose tuberculeuse primitive sans lésions osseuses. (Über eine gutartige Form von rein tuberkulösem, eitrigem Gelenkerguß ohne Knochenerkrankung.) (*Clin. de M. le prof. Jaboulay.*) Rev. d'orthop. **24,** S. 41—54. 1913.

Die tuberkulöse eitrige Erkrankung eines Gelenkes hatte bisher allgemein nach König und Bonnet eine absolut infauste Prognose, da sie stets im Gefolge einer Allgemeininfektion auftrat. Eine ganz andere Art des Auftretens der gleichen Erscheinungen haben die Verf. an 3 meist jugendlichen Patienten, deren Krankengeschichten genau mitgeteilt werden, beobachtet. In anatomischer Beziehung handelte es sich um eine rein synoviale Erkrankung ohne die geringste Alteration der Knorpel oder der betreffenden Epiphysen. Das Auffallendste ist die fast vollständige Intaktheit der Gelenkbewegungen trotz reichlichen Ergusses, der aber immer nur Kochsche Bacillen enthielt. Es handelt sich also nicht, wie gewöhnlich, um eine Osteo-Arthritis, sondern um einen gutartigen kalten Gelenk-Absceß. Die Therapie besteht in Gipsverbänden und Punktion. *Valentin* (Berlin).

Coues, Wm. Pearce, Unrecognized and latent syphilis from a surgical standpoint. (Unerkannte und latente Syphilis vom chirurgischen Standpunkte aus.) Urol. and cut. rev. **17,** S. 12—15. 1913.

Syphilis der Knochen und Weichteile kommt in der chirurgischen Praxis häufiger vor, als man gewöhnlich annimmt, besonders unter den ärmeren Klassen, die ihre Syphilis schlecht oder gar nicht behandeln lassen. Atypische Ulcerationen, oft nach einem leichten Trauma aufgetreten, Wunden und Knochenbrüche, die nicht heilen wollen, abnorme Knochenbrüchigkeit sollten Verdacht auf Syphilis erwecken. Verdächtig sind ferner manche Ulcera cruris trotz gleichzeitiger Varicen und unklare Gelenk- und Knochenaffektionen, bei denen stets ein Röntgenbild angefertigt werden sollte. Kasuistik von teilweise durch Radiogramm illustrierten Fällen von anfangs verkannter Syphilis.

1. 4jähriger Knabe mit Verletzung des Gesichts, angeblich durch Hundebiß **entstanden,** bei dem die Incision eine honigartige Masse entleerte. Keine syphilitische **Anamnese oder sonstige** luetische Symptome. Wassermann- und Noguchische **Reaktion positiv.** 2. Frau in mittleren Jahren mit Ulceration am Condyl. ext. hum. sin. Diagnose: **eiterige Bursitis.** Das Radiogramm zeigt aber eine spezifische Osteoperiostitis. — 3. **Verheiratete Frau** in mittlerem Alter mit Ulceration nahe der Lippe, kurze Zeit vorher von einer **Biene gestochen.**

Zunächst Annahme eines einfachen Ulcus, spätere Diagnose: Gumma. — 4. 26jährige verheiratete Frau mit Schmerzen im rechten Bein. Radiographisch Geschwulst am oberen Fibulaende, zuerst für Sarkom gehalten, nach positivem Wassermann spezifisch behandelt. — 5. Junge farbige Frau mit nicht spezifisch aussehenden, flachen Beingeschwüren, seit 9 Jahren bestehend. Das Röntgenbild zeigt syphilitische Periostitis der Tibia und Fibula. In allen Fällen Heilung durch spezifische Behandlung. *Kempf* (Braunschweig).

Kaestner, Ein Verfahren zur isolierten Darstellung des Aktinomyces. Berl. tierärztl. Wochenschr. **29**, S. 77—79. 1913.

Das Verfahren beruht auf der Anwendung von 33proz. Kalilauge. Dieselbe zerstört die eiweißhaltigen Zellbestandteile des Gewebes, läßt aber die Formelemente von Hyphomyceten intakt. Die zerkleinerten Gewebsstückchen werden in einem Spitzglase mit Kalilauge übergossen. Nach 24 Stunden (mehrmals umrühren!) hat sich dann der Pilzrasen am Boden des Glases angesammelt. Ungefärbt wird der Pilz in Glycerin untersucht. Die Färbung gelingt gut mit wässerigem Eosin und Vesuvin, und zwar durch Übergießen des Bodensatzes mit der betreffenden Farblösung auf 24 Stunden. Zur Darstellung in Schnittpräparaten werden die Schnitte in Xylol, Alkohol, Wasser, 33proz. Kalilauge während 24 Stunden gebracht, worauf sie in Wasser entlaugt und dann in Glycerin untersucht werden. Es gelingt so, nicht nur die Pilzrasen, sondern auch die im Gewebe verteilten einzelnen Formelemente als gelbe, stark lichtbrechende Kugeln wahrzunehmen. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Geschwülste:

Babcock, W. Wayne, Superficial metastatic growths in the diagnosis of deep seated malignant tumors. (Oberflächliche Metastasen bei der Diagnose von tiefsitzenden malignen Tumoren.) New York med. journal **97**, S. 109—110. 1913.

Kurzer Hinweis auf die Tatsache, daß sich bei malignen Geschwülsten in der Tiefe oft metastatische Drüsentumoren in der Haut, die oberhalb des erkrankten Organs gelegen ist, finden. Die Untersuchung dieser Drüsen ermöglicht oft die genaue Diagnose und macht größere probatorische Eingriffe unnötig. *Strauß* (Nürnberg).

Heinrichsdorff, Adele, Über die Beziehungen der perniziösen Anämie zum Carcinom. (*II. med. Univ.-Klin., Berlin.*) Folia haematol. I. **14**, S. 359—429. 1913.

Nach Durchmusterung der Literatur und ausführlicher Besprechung der einzelnen (im ganzen 46) Fälle kommt Verf. zum Schluß, daß es — wenn auch seltener als es angegeben wird — Fälle von Carcinom gibt (besonders sind hier die von Hirschfeld veröffentlichten Fälle zu erwähnen), bei welchen eine hyperchrome Anämie mit gleichzeitig bestehender leukopenischer Lymphocytose als Begleitsymptom auftritt. Das Carcinom kann also unter besonderen Umständen ein Blutbild hervorrufen, welches absolut identisch mit dem bei Morbus Biermer (perniziöse Anämie s. str. clinico) ist. Diese Fälle sind aber nicht als Biermersche Anämien auf carcinomatöser Basis, sondern einfach als Carcinome mit konkomittierendem symptomatisch perniziösem Blutbild zu deuten. Andererseits ist nach diesen Untersuchungen bei perniziösem Blutbefund (pleiohyperchrome Anämie + leukopenische Lymphocytose) nicht unbedingt unter Ausschluß des Carcinoms die Diagnose Biermersche (= kryptogenetisch-perniziöse) Anämie zu stellen. *Szécsi* (Heidelberg).

Verletzungen:

Pignatti, Augusto, Ulteriori ricerche sul processo di guarigione delle ferite delle arterie e sulla riproduzione sperimentale degli aneurismi traumatici. (Weitere Untersuchungen über den Heilungsprozeß der Arterienwunden und experimentelle Erzeugung von traumatischen Aneurysmen.) (*Istit di patol. spec. chirurg., univ. Bologna.*) Policlin. sez. chirurg. **20**, S. 24—48. 1913.

Die Ansichten über die Art und Weise, wie die Arterienwunden vernarben, sind sehr verschieden. Während einige Beobachter, unter anderen Burci und Jassinowsky eine Restitutio ad integrum der Arterienwandelemente beobachtet haben wollen, vermißten andere Autoren wie Muscatello, Cornil und Ranvier eine Rekonstitution der elastischen Schicht und der Muscularis im Bereiche der Arteriennarbe, und fanden die Narbe bloß aus Bindegewebselementen bestehend. — In einer Reihe von 24 Experimenten an Hunden und Kaninchen hat Verf. das Schicksal penetranter und nichtpenetranter Längswunden studiert. Um die Blutstillung während der Operation zu sichern und die Arterienwand nicht zu verletzen, wurden die üblichen Zangen durch stumpfe Haken ersetzt, durch leichten Zug an denselben hörte die Blutung

ausnahmslos auf. In einer Gruppe wurde die Wunde durch Knopfnähte mittels feinster Seide genäht, in der anderen Gruppe wurden die Wundränder mittels konzentrischer Nähte adaptiert. Die nichtpenetranten Wunden wurden unter Kontrolle der Lupe angelegt, in manchen Fällen erwies sich die partielle Trennung der Arterienwand als sehr schwierig. Die histologische Untersuchung ergab, daß auch nach langer Zeit (7 Monaten) eine partielle oder totale Wiederherstellung der elastischen Schicht nicht zustande gekommen war. Die Photogramme zeigen deutlich, daß die Arteriennarbe aus bindegewebigen Elementen besteht. Wenn auch in einzelnen Fällen die Andeutung einer Neubildung elastischer und Muskelfasern verzeichnet wurde, so wurde nie eine vollständige Wiederherstellung der Architektur der Arterienwand beobachtet; von einer wirklichen Neuformation der elastischen und muskulösen Elemente kann keine Rede sein. Auch nach langer Zeit konnte Verf. nur eine starke Entwicklung von Bindegewebe in der Narbe nachweisen, durch die Färbung nach Bielkowsky erkennt man, daß die Narbe von Anfang an aus einem Maschenwerk von „Gitterfasern" besteht, welche nach und nach dichter wird. Diese Gitterfasern, welche in der normalen Wand bestehen, sind in der Narbe viel plumper und dichter entwickelt. Im zweiten Abschnitt der Art bespricht Verf. die experimentelle Erzeugung von echten Aneurismen durch Verletzung der Arterienwand. Es ist ihm gelungen, zwei echte Aneurysmen mit Schichtung hervorzurufen, was bis jetzt den meisten Experimentatoren nicht gelungen ist, wohl weil die Arterienwunde sehr rasch vernarbt. Neben den Operationsprotokollen enthält die Arbeit eine Reihe von Photogrammen, die die Ausführungen des Verf. illustrieren. *Monnier* (Zürich).

Mennell, James B., The treatment of recent injury by mobilisation and massage. (Die Behandlung frischer Verletzungen mit Bewegung und Massage.) Lancet **184**, S. 316—317. 1913.

Allgemeine Bemerkungen über die Methode: Streichmassage, passive, dann aktive Bewegungen. Gute Resultate bei Frakturen: eine Balletteuse, die 3 Wochen nach Fract. colli chir. humeri an den Proben teilnimmt, ein Lastträger, der 6 Wochen nach Bruch des Oberarmschaftes seine Arbeit verrichtet, und ähnliches. — Nicht nur bei Frakturen, sondern auch bei traumatischer Arthritis sowie bei Läsionen von Muskeln und Sehnen sollte die Methode mehr angewandt werden. *Magnus* (Marburg).

Kriegschirurgie:

Hill, R. Gordon, With a field hospital in Tripoli. (Mit einem Feldlazarett in Tripolis.) St. Bartholomew's hosp. journal **20**, S. 73—80. 1913.

Allgemeine Narkose, lokale Anästesie:

Adloff, P., Über Lokalanästhesie. Dtsch. zahnärztl. Wochenschr. **16**, S. 49 bis 53. 1913.

Die Arbeit bringt nichts wesentlich Neues. Der Verf. gibt 1. den Rat, statt der 2proz. die 1proz. Lösungen zu gebrauchen, die völlig in der Zahnheilkunde genügten. 2. Die Kombination zweier Anästhetica addiert einfach, sie potenziert nicht. 3. Nachprüfung der Versuche (Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 34 und 48), durch Zusatz von Kalium sulfur. mit einer $^2/_{10}$—$^5/_{10}$proz. Lösung des Anästheticums auszukommen, hat ergeben, daß 0,6—0,8proz. Lösungen — also beinahe 1proz. der bisherigen — zur Leitungsanästhesie in der Zahnheilkunde nötig sind. *Eugen Schultze* (Berlin).

Seidel, Hans, Die Mandibularanästhesie. Anatomische und klinische Untersuchungen zur Vermeidung ihrer üblen Folgeerscheinungen. (*Zahnärztl. Inst., westfäl. Wilhelms-Univ.*) Dtsch. Zahnheilk. in Vortr., **28**, S. 1—31. 1913.

Bei der Mandibularanästhesie treten als Folgeerscheinungen oft Schluckbeschwerden und Kieferklemmen auf. Seidel glaubt dieselben zurückzuführen auf Folgen der Infiltration des M. pterygoideus int. und M. constrictor pharyng. sup. durch die Novocain-Supraveninlösung. Er verwirft die allgemein übliche Technik der Mandibularanästhesie, bei der man von den Prämolaren oder ersten Molaren der gesunden Seite direkt zum Foramen mandibulare vorstößt. Er hält die zuerst von Braun angegebene Methode für günstiger, indem man sich vom Trigonum retromolare an der Knochen-

wand des aufsteigenden Astes entlang zum For. mandibulare tastet. Er hat durch anatomische Untersuchungen festgestellt, daß die Lage des For. mandibulare eine verschiedene und daher schwer auffindbare ist. Es genügt zur Anlegung eines Flüssigkeitsdepots die obere Hälfte des Sulcus mandibularis, in welcher der Nerv zwischen Knochen und Muskulatur im lockeren Bindegewebe liegt. Die Kanülen der Spritze sind 0,5—0,7 mm dick und 4,5 cm lang aus Platiniridium, damit sie im Gewebe nicht brechen können. *Herda* (Berlin).

Impens, E., Über die Dosierung des Alypins. Med. Klinik **9,** S. 138. 1913.

Verf. äußert sich über die Verwendung des Alypins zur Lokalanästhesie. Seine Wirkungsweise und seine Giftwirkung ähneln denen des Cocains, nur ist letztere um die Hälfte schwächer. Verf. schlägt als Maximaldosis 0,2 g vor (für Cocain 0,1 g), warnt aber vor Überdosierung, da schon ein Vergiftungstodesfall vorliegt. *Hoffmann.*

Desinfektion:

Ozaki, Y., Über die Alkoholdesinfektion. 1. Alkoholdesinfektion mit und ohne vorherige Seifenwaschung. 2. Wirkung des Alkohols auf die Haut. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **120,** S. 545—561. 1913.

Ozaki stellte Vergleichsversuche an über die Alkoholdesinfektion der Hände mit vorausgeschickter kurzer, etwa 1 Minute lang dauernder Seifenwaschung und ohne eine solche.

Seine Technik war dabei folgende: Die makroskopisch nicht beschmutzten Hände und Vorderarme wurden mit Seife und warmem Wasser, aber ohne Bürste, etwa 1 Minute lang gewaschen und dann mit einem sterilen, in absoluten Alkohol getauchten Tuche 5 Minuten lang sorgfältig abgerieben, wobei das Tuch und der Alkohol 1—2 mal gewechselt wurden. Die Keimentnahme geschah nach Verdunsten des Alkohols und kurzem Abspülen in sterilem Wasser durch kräftiges Abreiben mit sterilen, in sterilem Wasser angefeuchteten Wattebäuschen. Eine zweite Entnahme erfolgte, nachdem die Hände 10 Minuten lang in sterilem warmem Wasser aufgeweicht worden waren.

Der Vergleich solcher Versuche mit anderen, bei denen die kurze Seifenwaschung fehlte, fiel zugunsten der vorausgeschickten kurzen Seifenwaschung aus. O. sieht den Grund dafür darin, daß durch die Vorwaschung die oberflächlichen Bakterien samt den Epidermisschüppchen größtenteils entfernt und dann die in der Tiefe der Haut zurückbleibenden Keime sicherer fixiert werden, während ohne Vorwachsung die Haut zwar zu stärkerer Schrumpfung gebracht und an der Keimabgabe für kurze Zeit verhindert wird, dann aber später doch die locker anhaftenden und unvollständiger fixierten oberflächlichen Bakterien abgibt. In beiden Fällen wirkt jede nachträgliche Benetzung der Haut nachteilig. — Die Wirkung des Alkohols auf die Haut setzt sich zusammen aus 4 Faktoren: 1. der mechanischen Wirkung; 2. der bactericiden Kraft; 3. der Schrumpfung bzw. Härtung der Epidermis; 4. der Fähigkeit des Alkohols, tief in die Haut einzudringen. Am wichtigsten sind die bactericide Kraft und die epidermishärtende Eigenschaft. Die bactericide Kraft kommt besser zur Geltung bei angefeuchteten Bakterien als bei trockenen. Absoluter Alkohol wirkte weniger stark bactericid als 60- und 80 proz. Alkohol. Erst wenn die infizierten Finger durch Eintauchen in steriles Wasser für einige wenige Minuten angefeuchtet worden waren, kam die Wirkung des absoluten Alkohols der des 60- und 80 proz. gleich. Die vortreffliche Wirkung des Alkohols bei der Händedesinfektion ist nicht auf einen einzelnen der oben genannten Faktoren allein, sondern auf ihr Zusammenwirken zu beziehen. *M. v. Brunn* (Tübingen).

Delmas, Paul, Nettoyage des téguments après l'intervention. (Reinigung der Haut nach „operativen" Eingriffen.) Progr. méd. **41,** S. 62—63. 1913.

Eine zuverlässige und sichere Desinfektionsmethode der Haut ist die Jodalkoholmethode. Aber es haften ihr Nachteile insofern an, als die Hände eine mahagonibraune bis ledergelbe Farbe annehmen. Außerdem haften die Blutflecke durch die Alkoholwirkung außerordentlich fest.

Verf. gibt nun folgende Methode an, mit Leichtigkeit die Hände wieder zu reinigen. Das Ammoniaksalz, rein im Handel gekauft, aber zur Hälfte oder $^3/_4$ mit Wasser verdünnt, macht aus dem Jod eine Stickstoffjodürverbindung, die ihrerseits weiterhin durch Ammoniak in eine Stickstoffhypojoditverbindung übergeführt wird, welches ungefärbt uns löslich ist. Die Blutflecke werden entfernt, indem man die Hände mit Weinsteinsäure in Berührung bringt, indem man Weinsteinsäurekrystalle in warmem Wasser auflöst. Beide Methoden dürfen nur nacheinander zur Anwendung kommen, da sonst unwirksames Weinsteinsaures Ammoniak entsteht.

Vorschütz (Köln).

Burmeister, R., Bolus alba im Handschuh. Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 157 bis 158. 1913.

Verf. läßt sich in die in gewöhnlicher Weise desinfizierten Hände 1—2 Eßlöffel sterilisierten Boluspulvers schütten, das er zu einem Brei mit etwas Wasser verreibt. Über die so präparierten Hände läßt sich dann der in sterilem Wasser aufbewahrte Gummihandschuh bequem überstreifen. Da jede Luftblase unter dem Handschuh vermieden wird, ist das Operieren wesentlich angenehmer, außerdem werden die Handschuhe geschont. *Neumann.*

Wolff, Paul, Zur Catgutfrage. (*Rud. Virchow-Krankenh., Berlin.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **120,** S. 457—470. 1913.

Die Kompliziertheit der Catgutsterilisation nach Kuhn, die am Rohpräparat einsetzt, hat den Verf. veranlaßt, die anderen gebräuchlichen Sterilisationsmethoden, die mit dem fertigen Faden vorgenommen werden, auf ihre Zuverlässigkeit hin nachzuprüfen und ferner die Zugfestigkeit der vorbehandelten Fäden zu untersuchen. Die unter den ungünstigsten Infektionsverhältnissen angestellten, jeden denkbaren Einwand berücksichtigenden Versuche haben ergeben, daß auch das einfache Verfahren nach Claudius, der sich einer wässerigen Jodjodkaliumlösung bedient, ebenso wie die Krönigsche Cumolmethode vollständig sterile Fäden liefert. Auch die trockene Sterilisation des Catgutfadens gelingt, wenn nach Hutchings verfahren wird. Die Zugfestigkeit erleidet die geringste Einbuße beim Krönigschen Verfahren; für die Praxis am geeignetsten erweist sich wegen der Einfachheit der Methode die Claudiussche Sterilisation. *Genewein* (München).

Gross, Georges, et M. Barthélemy, La stérilisation par les vapeurs de formol dans la pratique chirurgicale. (Die Sterilisation mittels Formaldehyddämpfen in der chirurgischen Praxis.) Rev. de chirurg. **33,** S. 1—25. **1913.**

Die Verff. weisen an einer Reihe von Versuchen verschiedener Autoren die eminente Desinfektionskraft des von Hoffmann entdeckten Formaldehyds nach. Nur das Fehlen einer geeigneten Anwendungsweise erkläre die bisherige Zurückhaltung vieler Chirurgen. Die Verff. haben die erwähnten Versuche vervollständigt; sie kommen zu folgendem Resultat: Jede durchlässige Materie absorbiert Formalindämpfe bis zur Sättigung. Bei gewöhnlicher Temperatur genügt eine 24 stündige Formalineinwirkung zur Sättigung bzw. Sterilisation; um sicher zu gehen, ist jedoch besser eine 48 stündige Einwirkung anzuraten. Das Optimum der Wirkung wird bei etwa 50° erreicht; bei dieser Temperatur ist die Sterilisation in $^1/_2$ Stunde eine völlige. Bei weiterer Erhitzung tritt infolge der chemischen Zerlegung der Dämpfe eine Verminderung der Desinfektionskraft ein. Für die Praxis eignet sich die Verwendung des pulverförmigen, Formaldehyddämpfe entwickelnden Trioxymethylens mehr als die des Formalins, weil die Wirkung nachhaltiger ist. Das Pulver wird in dünner Schicht auf den Boden des hermetisch schließenden Sterilisationsschrankes oder Kastens geschüttet und, um ein Verstäuben zu verhüten, mit Gaze bedeckt. Die zu sterilisierenden Gegenstände bleiben durchschnittlich 24—48 Stunden in diesem Schrank; bei Erhitzung auf etwa 55° jedoch nur $^1/_2$ Stunde. Alle 5—6 Wochen muß das Trioxymethylen — 60 g für einen Guyonschen Apparat — erneuert werden.

Die Verff. haben ihre Versuche ausgedehnt auf die Sterilisation von Kautchuk-Instrumenten (Katheter, Sonden) und Handschuhen, von Drains, Instrumenten, Naht- und Verbandmaterial und waren in allen Fällen sehr befriedigt. Im einzelnen bemerken sie folgendes: 1. Sonden usw. aus Kautchuk in Seifenwasser, ohne Soda, abwaschen (nach septischen Operationen 5 Minuten auskochen) abtrocknen, 24 Stunden Formaldehyddämpfen aussetzen: (Ureterenkatheter heißen Dämpfen). 2. Handschuhe beiderseits waschen, abtrocknen, Watte-

tampon in die mit Talcum eingepuderten Handschuhe einführen, 48 Stunden Formaldehyddämpfe (nach septischen Operationen nach dem Einseifen noch 20 Minuten in Sodalösung legen oder 5 Minuten auskochen). Die Methode ist schonend und gestattet auch eine Desinfektion geflickter Handschuhe. 3. Instrumente werden nach gründlicher Reinigung ebenfalls 48 Stunden (bei 55° 1/2 Stunde) Formaldehyddämpfen ausgesetzt. Die Methode eignet sich in erster Linie für kleinere Betriebe; für die Bedürfnisse der täglichen Praxis, für die Kleinchirurgie und die Geburtshilfe. Aber auch größere Betriebe können teilweise Gebrauch von ihr machen, da die Messer, sowie die schneidenden Instrumente nicht stumpf werden wie beim Auskochen. Auch seltener angewandte Instrumente könnten so dauernd gebrauchsfertig aufbewahrt werden. 4. Naht material (nicht resorbierbares) 48 Stunden den Dämpfen ausgesetzt, reißt nicht, so daß sich die Methode hierfür ganz besonders eignet. 5. Auch Verbandstoffe können in derselben Weise sterilisiert werden, jedoch beschränke man ihre Verwendung auf den Wundverband, wo sie infolge ihres Gehaltes an Formol antiseptisch wirken. Bei der Operation können sie durch Reizung der Augen usw. lästig fallen. Auch Protektivsilk, Guttapercha und andere sonst schwer sterilisierbare Stoffe können auf diese Weise keimfrei gemacht werden.

Mettin (Berlin).

Hagen, Felix, Aufbewahrung und Sterilisation halbweicher Instrumente. (*Ostkrankenh., Berlin.*) Zeitschr. f. Urol. **7,** S. 34—38. 1913.

In einem luftdicht schließenden Eisenwandschrank hängen außer Cystoskope die weichen Katheter und Sonden, nach der Charrière-Skala geordnet, übersichtlich in einer Nickelinplatte. Desinfektion durch Formaldehydgaze. Bei eiliger Desinfektion können die Formalintabletten durch eine Spirituslampe von außenher schnell zur Vergasung gebracht werden. *Oehlecker* (Hamburg).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Copeland, Gordon G., Dissecting and surgical non-cutting forceps with improved handle. (Anatomische und chirurgische Pinzette mit verbessertem Griff und nichtschneidender Spitze.) Lancet **184,** S. 329. 1913.

Die Spitzen dieser Pinzette haben keinerlei scharfe Kanten, welche zartes Gewebe oder dünne Fäden verletzen könnten. Sie eignet sich zum Knoten in der Tiefe, oder auch zum Führen des Fadens. Der Griff zeigt eine Kombination von querer Riffelung mit einer Längsrinne, durch welche ein festes und bequemes Halten ermöglicht wird. Das Instrument wird angefertigt von Allen und Hanburys, 48 Wigmore-str., London W. *Magnus* (Marburg).

Harman, N. Bishop, The finger grips of forceps. (Die Fingergriffe der Pinzetten.) Lancet **184,** S. 254. 1913.

Die Vorrichtungen, die an den Griffen der Pinzetten angebracht sind, um den Fingern einen sicheren Halt zu garantieren, wie die quergestellten Rillen oder eine seichte in der Längsrichtung verlaufende Rinne, genügen dem Autor keineswegs, besonders nicht, wenn die Finger naß oder gar schlüpfrig sind. Darum gebraucht er seit einigen Jahren allerlei Augeninstrumente und -pinzetten, bei denen der Halt der Finger durch Löcher gesichert wird, die in die Gri fe eingelassen ind. Die Löcher sind viereckig geschnitten und geben einen außerordentlich sicheren Halt. Außerdem erhellen sie das Instrument, ein nicht zu vernachlässigender Vorteil bei Augenoperationen. Erhältlich sind sie bei Weiß und Sohn, Oxfordstreet, London W.

Hirschmann (Berlin).

Swan, R. H. Jocelyn, New tourniquet for intravenous injection. (Neue Stauungsbinde für intravenöse Injektionen.) Lancet **184,** S. 254. 1913.

Der Autor hat öfters gefunden, daß bei der Applikation einer intravenösen Injektion durch die Bewegung beim Öffnen der gewöhnlichen Stanungsbinde die eingeführte Nadel entweder die hintere Venenwand durchbohrte oder das Gefäß verließ. Deswegen hat er eine pneumatische Binde konstruiert, die durch einen Gummischlauch, an dem ein Dreiwegehahn befestigt ist, mit einem Luft zuführenden Gummiball in Verbindung steht. Durch eine Drehung am Hahn unter Vermeidung jeglicher Bewegung des Armes kann der pneumatische Ring aufgeblasen und entlüftet werden. Über diesem Gummiring ist ein festes Stoffband mit einer Schnalle angebracht, das zur Befestigung am Oberarm dient. Angefertigt bei Mr. J. H. Montagne, 69 New-Bondstreat London W. *Hirschmann* (Berlin).

Lastaria, F., L'allacciatura meccanica in chirurgia. (Über mechanische Unterbindung in der Chirurgie.) Gaz. degli osp. e delle clin. **34,** S. 161—162. 1913.

Grunert, E., Ein Prostataringmesser für die suprapubische Prostatektomie. (*Chirurg. Privatklin. v. E. Grunert, Dresden.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 156 bis 157. 1913.

Das stanzenartige Instrument dient dazu, bei der Prostatektomie die Blasenschleimhaut

kreisförmig um die innere Harnröhrenmündung herum einzuschneiden. Die Verletzung der Harnröhre ist bei der Ausschälung der Prostata schonender, und die spontane Urinentleerung soll früher einsetzen. Abbildung. *Oehlecker* **(Hamburg).**

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Vogt, E., Zur Kenntnis der Weichteildefekte am Kopfe Neugeborener. (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. **37,** S. 119—122. **1913.**

Weichteildefekte am Kopfe können intraamnial vorkommen oder sie sind die Folge von Geburtstraumen. Spontan können solche Defekte durch ein vorspringendes Promontorium, einen Symphysenknorpel, eine Exostose verursacht werden. Artifiziell kommen sie bei roher, ungeschickter Untersuchung oder bei krimineller Fruchtabtreibung vor. Kehrer hat 33 Fälle von amniogenen Defekten veröffentlicht, Verf. beschreibt drei neue Fälle: im ersteren Falle war eine ältere, im zweiten und dritten Falle eine frische Narbe, fast eine Wunde bemerkbar. Die Narben sind auf Verwachsungen des Amnion und der Kopfschwarte zurückzuführen. Dieselben dehnen sich (Simonartsche Bänder) und zerreißen; der Ursprung am Amnion verschwindet spurlos, während die Insertion am Kopfe die Entwicklung der Weichteile hemmt.
Monnier (Zürich).

Mott, F. W., Sur les relations entre traumatismes crâniens et maladies mentales et nerveuses. (Über die Beziehungen zwischen Schädelverletzungen und Nerven- und Geisteskrankheiten.) Arch. internat. de neurol. **11, 1.** S. **35** bis 40. 1913.

In dieser klinisch-forensischen Abhandlung erörtert der Verf. die Schwierigkeiten, welche sich bei der Begutachtung eines Nervenleidens als Folge von Verletzungen, besonders des Kopfes, ergeben können, und weist auf die auffallende Tatsache hin, daß aus einer alljährlich sehr bedeutenden Zahl schwerer Schädelverletzungen, unter denen sich auch viele operierte befinden, nur ein verhältnismäßig geringer Teil in der Folgezeit in die Asyle Londons aufgenommen wird. Allerdings ist es mit Rücksicht auf die außerordentlich große und wechselnde Bevölkerung schwierig, die Fälle, mit Ausnahme der in den Spitälern genau beobachteten, zu verfolgen und zu beurteilen. Besondere Beachtung verdient, wie an einer Reihe von Beispielen näher ausgeführt wird, die Möglichkeit des zufälligen Zusammentreffens von Verletzung und schon früher vorhanden gewesenem Leiden (Syphilis, Neurasthenie u. a. m.). So kann einmal eine schwere Kopfverletzung vorliegen, die sogar operatives Einschreiten erforderte; der eigentliche Grund der vorhandenen Beschwerden, die einen Entschädigungsanspruch begründen sollen, ist aber dennoch in einer der früher angedeuteten Krankheiten zu suchen, und es wird stets schwer halten, einem Gerichtshof ein anderes ursächliches Moment als das der Verletzung glaubhaft zu machen. Das andere Mal handelt es sich um eine in ihren äußeren Spuren kaum nachweisbare Gewalteinwirkung auf den Schädel; es sind aber dennoch bleibende Störungen des Intelligenzorgans vorhanden, die sich großenteils in subjektiven Beschwerden äußern. Diese richtig einzuschätzen ist eine weitere große Schwierigkeit für den ärztlichen Gutachter, welche namentlich bei den Folgeerscheinungen der Gehirnerschütterung zur Geltung kommt. Kann doch in diesen ein Unvermögen zu andauernder geistiger Arbeit begründet sein, das jede soziale Betätigung ausschließt. Bei der Beurteilung dieser meist subjektiv zur Geltung kommenden Störungen darf jedoch der Arzt auch erbliche Belastung, Vorleben und Gewohnheiten des Betroffenen nicht außer acht lassen, denn Menschen, deren Nervensystem durch Schädlichkeiten aller Art labil geworden ist, erliegen oft einem ganz geringfügigen Insult, und die sodann zutagetretenden Veränderungen können als traumatische Neurose aufgefaßt werden, wozu unter Umständen ein irriges ärztliches Gutachten beizutragen vermag. Wird so mit dem Begriff der traumatischen Neurose viel Mißbrauch getrieben, was übrigens auch in juristischen Kreisen bekannt ist, so kommt auch Verkennung der Verletzungsbeschwerden vor, besonders wenn sich der Zustand des Verunglückten nach Durchsetzung seiner Entschädigungsansprüche auffallend bessert. Die traumatische Neurose hat eben keine unzweifelhaften Kennzeichen und alles kommt auf die richtige Beurteilung der subjektiven Beschwerden an. Der Simulant wird sich oft durch die Übertreibung derselben und die Lebhaftigkeit ihrer Schilderung verraten, besonders in solchen Fällen, wo Verlust von Bewußtsein und Erinnerungsvermögen bestanden hat und daher Apathie mit Gedächtnisschwäche erwartet werden müßte. In den schwersten Fällen von Gehirnerschütterung kann sich schließlich — namentlich bei Frauen — eine wahre Korsakoff-Psychose entwickeln (Desorientiertheit in bezug

auf Zeit und Raum, Identität von Personen usw.), obwohl Verf. nie einen derartigen Fall gesehen hat und geneigt ist, dem chronischen Alkoholismus hierbei eine wichtige ursächliche Rolle zuzuschreiben. Bei Männern kommt eher das Delirium tremens zum Ausbruch. Indessen hat Elgie einen diesbezüglichen Fall beobachtet, in welchem eine Kontusion der linken Hemisphäre mit lokaler Meningoencephalitis entsprechend der Verletzungsstelle vorhanden war. *Fieber* (Wien).

Jacques, P., Projectile enclavé dans la base du crâne extrait par la voie buccopharyngée. (Entfernung einer Kugel aus der Schädelbasis auf buccopharyngealem Wege.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **34,** S. 129—134. 1913.

Am 12. XII. Schuß mit einem 6 mm Projektil aus 2 m Entfernung. Einschuß in der linken Wange entsprechend der Oberkieferhöhle. Am 18. XII. Untersuchung und Sondierung. Am 23. XII. Infektion mit Schmerzen am Einschuß und in der Oberkieferhöhlengegend. Sie wird als Indikation aufgefaßt zur Entfernung der Kugel, die mittels Röntgenbildern nahe dem linken Occipitalgelenk an der Schädelbasis festgestellt wird. Nach Spaltung des Gaumensegels wird eine kleine Einschußöffnung in der Rosenmüllerschen Grube entdeckt; daselbst Durchtrennung der Verstärkungsbänder des lnken Occipitalgelenks unter Schonung der Gelenkkapsel bei stark extendiertem Kopf. Die Kugel wird gefühlt, nicht gesehen und bei einem zweiten Versuch am 30. XII. mit der Sequesterzange entfernt. Heilung. *zur Verth* (Kiel).

Hirnhäute, Gehirn:

Lewandowsky, M., und A. Simons, Über die elektrische Erregbarkeit der vorderen und der hinteren Zentralwindung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Orig. **14,** S. 276—280. 1913.

Die Verff. haben in einer im Jahre 1909 publizierten Arbeit durch Versuche an Affen gezeigt, daß die hintere Zentralwindung auch für stärkere elektrische Ströme völlig unerregbar ist. Rothmann kam in neueren Versuchen zu einer entgegengesetzten Ansicht, daß die hintere Zentralwindung elektrisch erregbar sei. Die vorliegende Arbeit stellt eine Polemik gegen Rothmann dar, in der die Verff. ihre Ansicht aufrechterhalten und die Differenz der Resultate durch die abweichende Versuchsanordnung Rothmanns erklären. *Ranzi* (Wien).

Mees, Richard, Kleinhirnexstirpation bei einem Fall von angeborener Hydrencephalocele occipitalis. (*Univ.-Frauenklin., Heidelberg.*) Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. **18,** S. 1—7. 1913.

Bei einem 2 Tage alten Kind wurde eine Hydrencephalocele occipitalis, welche die Größe des Kopfes des Kindes hatte, operiert. Die Operation erschien einerseits wegen der Größe der Geschwulst, andererseits wegen der Gefahr der Infektion durch ein vorhandenes Decubitalgeschwür notwendig. Nach Spaltung des Meningensackes fand sich bei der Operation ein hühnereigroßer, hämorrhagisch infarzierter Gehirnteil, welcher als Kleinhirn angesprochen wurde, was auch durch die nachträgliche histologische Untersuchung bestätigt wurde. Da die Reposition durch die enge Knochenlücke und wegen des starken intracraniellen Druckes auch nach Punktion des Seitenventrikels nicht gelang, wurde das Kleinhirn abgetragen. Sodann Verschluß der Knochenlücke durch Naht in 2 Etagen. Die Operation des Kindes liegt jetzt $1^1/_2$ Jahre zurück. Das Kind hat sich, wenn auch langsam, so doch relativ gut entwickelt. Von Erscheinungen, welche auf das Fehlen des Kleinhirns hinweisen, sind zu erwähnen: Nystagmus, Cornealareflexie, Verschiedenheit des Muskeltones der oberen und unteren Extremität und Erbrechen. — Unter 75 Fällen der Literatur werden 4 Fälle von occipitalen Encephalocelen mit Kleinhirn als Bruchinhalt erwähnt, welche mit Erfolg operiert wurden; ein fünfter Fall starb bald nach der Operation. *Ranzi* (Wien).

Grushlaw, I., Report of a case of sinus thrombosis, operation, recovery. (Bericht über einen Fall von Sinusthrombose, Operation, Heilung.) Med. record **83,** S. 67. 1913.

Bei einem 18jährigen Manne fanden sich nach auswärts vorgenommener Parazentese des Trommelfells bei der Krankenhausaufnahme die Erscheinungen einer akuten Otitis media pur. Nur leichter Schmerz bei starkem Druck über der Spitze des Warzenfortsatzes. Wegen der schweren Allgemeinerscheinungen trotzdem Aufmeißelung des Processus, wobei sich der Knochen, besonders an der Spitze, schwer erkrankt erwies. (Nekrose, Granulationen, Eiter) Antrum nur wenig beteiligt. Der freigelegte Sinus gesund aussehend. Tamponade der Wunde. Nach 3 Tagen wegen Auftretens von Schüttelfrösten und Kopfschmerzen Eröffnung des scheinbar normalen Sinus und Entfernung eines großen septischen Thrombus. Wegen kräftiger Blutung vom jugularen Ende des Sinus keine Jugularisunterbindung. Danach allmähliche Besserung und Heilung. *Kempf* (Braunschweig).

Auge:

Teulières, M., Le fibrome de l'orbite. (Das Fibrom der Augenhöhle.) (*Clin. ophtalmol., univ. Bordeaux.*) Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Bordeaux **34**, S. 43—45. 1913.

Kurzer Überblick über die bisher beschriebenen derartigen Geschwülste, die überall dort entstehen können, wo Bindegewebe normalerweise sich befindet. Er teilt sie nach ihrer Lage ein in solche die hinten und solche die vor der Tenonschen Fascie liegen. Einen Fall der letzteren Art beschreibt er.

Eine 34jährige völlig gesunde Frau hatte vor 10 Jahren ein stumpfes Trauma der rechten Stirn und Augengegend erlitten, vor 6 Jahren bemerkte sie unter dem rechten Oberlid eine langsam wachsende nicht schmerzempfindliche Geschwulst, die allmählich die Bewegungen des Auges nach außen oben behinderte. Sie war jetzt etwa haselnußgroß, derb anzufühlen, saß am inneren Augenhöhlenrand etwa in der Gegend der Tränendrüse dem Knochen auf. Die Exstirpation gelang leicht. *Meisner* (Berlin).

Rogers, W. K., Observations concerning foreign bodies within the eye or orbit. (Beobachtungen über Fremdkörper in Auge oder Augenhöhle.) Ophthalmol. **9**, S. 153—162. 1913.

Die Beobachtungen umfassen 93 Fälle von intraokularen und 23 von intraorbitalen Fremdkörpern, 96 waren aus Eisen. Betont wird die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose des Sitzes, unter 102 Aufnahmen versagte die Methode nur einmal. Die Therapie besteht in der Anwendung des Riesenmagneten, mit dem der Eisensplitter in die Vorderkammer gezogen wird und sodann des transportablen Magneten von Lippincott, mit dem er entweder durch die Einschlagstelle oder durch einen Lanzenschnitt im Limbus völlig extrahiert wird. Auch das Eingehen mit dem beweglichen Magneten in den Glaskörper, was wir in Deutschland prinzipiell zu vermeiden suchen, wird u. U. noch geübt; gute Resultate hat Rogers davon auch nicht gesehen. Die Prognose hängt ab von einer Infektion, die rel. selten ist, und von dem Sitz; im hinteren Bulbusabschnitt ist sie ungünstiger. Intraorbitale Fremdkörper, die keine besonders bedrohlichen Symptome machen, sind zu belassen. *Meisner.*

Stover, G. H., Röntgenography of foreign bodies in the eyeball. (Röntgenographie intraocularer Fremdkörper.) Ophthalmol. **9**, S. 178—181. 1913.

Verf. weist auf die Wichtigkeit der genauen Lokalisation intraocularer Fremdkörper vermittels der Röntgenaufnahme hin; selbst Glassplitter lassen sich in ihrer Lage genau bestimmen. Er belegt das durch mehrere Krankengeschichten. Sein Vorgehen dabei ist das von Sweet angegebene.

Der Patient mit fixiertem Kopf sieht unbeweglich nach einem bestimmt angebrachten Objekt, und ein „Lokalisator" wird in die Horizontalebene des zu untersuchenden Auges gebracht, worauf von zwei verschiedenen Richtungen her eine Röntgenaufnahme gemacht wird bei unveränderter Stellung des Körpers und des Auges des zu Untersuchenden. Aus den so hergestellten Aufnahmen kann genau die Lage des Fremdkörpers festgestellt werden. *Meisner* (Berlin)

Nase:

Fridenberg, Percy, Visual symptoms of accessory sinus disease. (Augensymptome bei Erkrankungen der Nebenhöhlen.) Ophthalmol. **9**, S. 186—194. 1913.

Augenerscheinungen bestimmter Art werden öfters als Frühsymptom eines versteckten Nebenhöhlenleidens beobachtet. Sie sind Äußerungen einer reflektorischen, toxischen, mechanischen oder vaskulären Nervenreizung.

Subjektiv wird über Flimmerscotome, Migräne, Asthenopie, Störungen des farbigen und weißen Gesichtsfeldes geklagt. Objektiv ist ein buntes Vielerlei von Symptomen zu beobachten: Tränenträufeln, Lidspasmen, fliegende Ödeme, Miosis, vorübergehende konjunktivale und sklerale Injektion, Accomodationsparese, vorübergehende Hypertension, kleine Glaskörper- und Linsentrübungen, flüchtige Amaurose, relative parazentrale Skotome. Als motorische Störungen finden sich Doppelbilder oder Beschränkung der Beweglichkeit, gewöhnlich mechanisch durch in die Augenhöhle sich einwölbende Mucocelen oder Empyeme oder dann durch Exsudationen in der Orbita bedingt. Der Opticus beteiligt sich mit in Form einer einfachen Hyper-

ämie, einer Neuritis optica, einer Stauungspapille, einer temporalen, selten totalen Atrophie (chronische Fälle). Ophthalmoskopisch kann Venenpulsation, dann besonders nasal gelagerte perivaskuläre Streifenbildung (Entzündungen des hinteren Ethmoidalgebietes!) bestehen. Besonders charakteristisch ist die Vergrößerung des sogen. Mariotteschen Fleckes zunächst für Farben, dann für Weiß, welche auch bei nur einseitigem Krankheitssitz beiderseitig auftreten kann. *Henschen* (Zürich).

Ohr:

Hays, Harold, Four cases of subperiosteal mastoid abscess in adults complicated by perisinus abscess, operation, recovery. (4 Fälle von subperiostalem, mastoiditischem Absceß bei Erwchsenen, kompliziert durch perisinuösen Absceß, Operation, Heilung). Americ. journal of surg. **27,** S. 28—29. 1913.

An der Hand von 4 Krankengeschichten weist Verf. auf das späte Auftreten des Abscesses am Processus mastoideus bei Erwachsenen hin, nachdem seit der ersten akuten Mastoiditis bereits 6—7 Wochen vergangen waren, und rät jeden solchen Kranken trotz geringer Erscheinungen und raschem Vorübergehen derselben noch sorgfältig bis zum Abklingen der Erkrankung des Mittelohrs zu beobachten. *Kaerger* (Berlin).

Mund:

Landouzy et Marcel Pinard, Leucoplasie commissurale coexistant avec un chancre syphilitique. Réinfection syphilitique possible. (Commissurale Leukoplasie zu gleicher Zeit mit einem syphilitischen Schanker bestehend. Syphilitische Reinfektion möglich.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris **28,** S. 909—911. 1913.

Ähnlicher Fall wie der in Heft 3, Seite 103 beschriebene, nur ist hier die Reinfektion mit Syphilis nicht ausgeschlossen und darum kein Schluß betreffend Zusammenhang zwischen Lues und Leukoplakie möglich. *Linser* (Tübingen).

Skillern, P. G., Anomalous internal carotid artery and its clinical significance in operations on tonsils. (Anomalie der Carotis interna und ihre klinische Bedeutung bei Tonsillenoperationen.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 172—173. 1913.

Ein abnormer Verlauf der Carotis int. infolge starker S-förmiger Windung in der Höhe der Tonsillen kann bei Operationen an diesen zu Verletzung der Arterie führen. In solchen Fällen, bei denen die Inspektion eine Pulsation hinten im Gaumen erkennen läßt, ist die präliminare Ligatur der Arterie auszuführen. *Naegeli* (Zürich).

Wirbelsäule:

Dollinger, Béla, A tüdöbe áttört tuberculosus spondilitisböl eredö hideg tályog. (Durchbruch eines spondylitischen, kalten Abscesses in die Lunge.) Sitzungsber. d. Budapester königl. Ärztevereins **2,** S. 67. 1913.

Dollinger stellte vor einem Jahre einen ähnlichen Fall im Budapester Ärzteverein vor. Die Perforation des im Anschlusse an eine Spondylitis lumbalis entstandenen kalten Abscesses wurde durch Injektion einer Indigocarminlösung in die Fistelöffnungen festgestellt, welche alsbald nach der Injektion im Sputum erschien. Am demonstrierten Röntgenbilde sind die vorher mit einer Bismutlösung ausgefüllten Fistelgänge, die vom erkrankten V. Lendenwirbel ausgehen und gegen die Lunge gerichtet sind, gut sichtbar.

Hieraus folgt, daß die spondylitischen Abscesse nicht jedesmal dem Gesetze der Gravitation folgend, nach unten sinken, sondern in Ausnahmefällen nach oben in die Lunge perforieren können. Selbstbericht.

Rückenmark, peripherisches, sympathisches Nervensystem:

Pari, I metodi d'esame del liquido cerebrospinale. (Die Untersuchungsmethoden der Cerebrospinalflüssigkeit.) Gaz. degli osp. e delle clin. **34,** S. 1—3. 1913.

Pari gibt eine Zusammenstellung über den heutigen Stand des diagnostischen Wertes der Cerebrospinalflüssigkeit, namentlich bei Luetikern. Er beschreibt, sich hauptsächlich auf die Arbeit von G. L. Dreyfus stützend, die Technik der Punktion, der Druckbestimmung der Färbung und Zahlbestimmung der weißen Blutkörperchen, der Bestimmung des Eiweißes, der Nonne-Apeltschen Reaktion, sowie der Wassermannschen Reaktion. *v. Lobmayer.*

Hals.

Kehlkopf und Luftröhre:

Zografides, A., Seltener Fall eines Blutegels in der Trachea. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. **47,** S. 65—67. 1913.

Das Vorkommen von Blutegeln in den oberen Luftwegen ist in Griechenland recht häufig, da vielfach auf dem Lande noch aus stehenden, sumpfigen Gewässern getrunken wird, in denen sich viele Blutegel aufhalten. Der mitgeteilte Fall wurde zuerst als Tuberkulose des Larynx behandelt; erst die laryngoskopische Untersuchung ließ als Ursache der Atembeschwerden und der Hämoptoe einen subglottisch sitzenden Blutegel erkennen. Bei dem Versuche der endolaryngealen Extraktion schlüpfte der Blutegel in die Trachea, von wo er mittelst direkter oberer Tracheoskopie leicht entfernt werden konnte. *Kahler* (Freiburg i. Br.).

Zimmermann, Alfred, Bericht über einige aspirierte Fremdkörper. (*Univ.-Klin. f. Ohr.-, Nas.- u. Kehlkopfkr., Heidelberg.*) Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege **67,** S. 49—88. 1913.

Mitteilung von 4 Fällen: 1. Ein 5jähriges Mädchen hatte vor 3 Tagen die Aufhängevorrichtung eines Christbaumschmuckes in den rechten Bronchus aspiriert. Bei einem blinden Extraktionsversuch nach Tracheotomia sup. wurde die Bronchialwand verletzt, und es entstand ein Pneumothorax. Die Entfernung des Fremdkörpers gelang mittels Bronchoskopia inferior nach 2stündigen Extraktionsversuchen. 2. Extraktion eines Stückes einer Hartgummikanüle aus der Luftröhre eines $10^1/_2$jährigen Jungens nach 7jährigem Verweilen mittelst Tracheoskopia sup. 3. 2jähriges Mädchen hatte eine Paranuß aspiriert. Die Bohne konnte mittels Bronchoskopia sup. im rechten Hauptbronchus gesichtet werden. Auf die Extraktion des Fremdkörpers mittelst der oberen Methode wurde wegen der eventuellen Gefahr der Zerstückelung verzichtet und hierzu die Bronchoskopia inferior nach Tracheotomia transversa gewählt. Die quere Durchtrennung der Trachea kann zur Einführung des bronchoskopischen Rohres nicht empfohlen werden, da die Trachealwand zu drei Viertel ihrer Circumferenz durchtrennt werden muß, was vielleicht zu unangenehmen Folgen führen könnte. 4. 4jähriger Junge hatte vor 2 Tagen einen Nagel aspiriert. Wegen der Größe des Fremdkörpers wurde die Extraktion mit Tracheoskopia inferior vorgenommen. 5. $2^1/_4$jähriger Knabe, der vor 3 Tagen eine Nadel mit Messingknopf angeblich verschluckt hatte. Bei der Röntgenaufnahme wurde der Fremdkörper hinter dem Sternum in der Trachea nachgewiesen. Extraktion mit Tracheoskopia sup. Alle Fälle kamen zur Heilung. *Kahler* (Freiburg i. Br.).

Davis, Edward D., Observations on suspension laryngoscopy, with the notes of a few cases. (Beobachtungen in Schwebelaryngoskopie nebst Mitteilungen einiger Fälle.) Brit. med. journal **2716,** S. 115—116. 1913.

Beschreibung der Technik und des Instrumentariums der Killianschen Schwebelaryngoskopie. Es werden 5 Fälle mitgeteilt, bei denen das Verfahren angewendet wurde. Ein Fall von Fremdkörper des Pharynx (offene Sicherheitsnadel) bei einem 11 monatlichen Kind, ein Fall von malignem Tumor des Hypopharynx, bei dem die Methode zu diagnostischen Zwecken benutzt wurde, ein Fall von Larynxtuberkulose, der operativ auf diesem Wege behandelt wurde. Bei 2 Kindern versagte die Methode, in dem einen Fall war wegen der starken Schleimabsonderung ein Einblick nicht zu gewinnen, in dem anderen gelang es nur die Aryknorpel, nicht aber die Stimmlippen einzustellen. *Kahler* (Freiburg i. Br.).

Brust.

Brustwand:

Étienne et Aimes, Mastite chronique et cancer. (Maladie kystique de Reclus avec dégénérescence néoplastique.) (Chronische Mastitis und Krebs. [Reclus-Cystenerkrankung mit neoplastischer Degeneration.]) Montpellier méd. **36,** S. 70—73. 1913.

Bei einer 45jährigen Frau fand sich im äußeren oberen Quadranten der linken Brust eine hühnereigroße Geschwulst. Wenn auch eine große Anzahl klinischer Symptome für die Gutartigkeit des Tumors sprachen, so auch das Vorhandensein von zahlreichen kleinen Knötchen in der anderen Mamma, so veranlaßten doch das schnelle Wachstum und die schlechte Abgrenzbarkeit des Tumors gegen die Umgegend den Operateur, die Ablatio der Mamma in typischer Weise mit Ausräumung der Achselhöhle vorzunehmen. — Die mikroskopische Untersuchung zeigte in einem derb fibrösen Gewebe eine Cystenentwicklung der Drüsenschläuche in den verschiedenen Stadien. An vereinzelten Stellen konnte nun der Verf. nicht nur solide Zellennester in den ehemals cystischen Acinis nachweisen, sondern auch ein Hineinwuchern solider Zellcylinder in das erwähnte fibröse Gewebe der Umgebung. *Carl* (Königsberg).

Brustfell:

Jagić, N. v., Über die Indikationen der Pneumothoraxtherapie der Lungentuberkulose. Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 379—383. 1913.

Die Arbeit bringt nichts Neues. *Schumacher* (Zürich).

Bozzotti, Luigi, Di un caso di empiema pleurico bilaterale guarito con doppia toracotomia. (Über einen Fall von doppelseitigem Pleuraempyem geheilt durch doppelte Thoracotomie.) (*Osp. magg., Milano.*) Gaz. degli osp. e delle clin. **34,** S. 129—131. 1913.

Bericht über ein doppelseitiges Empyem bei einer 25jährigen Frau, bei der im Intervall von 5 Tagen auf beiden Seiten die Thorakotomie mit Rippenresektion ausgeführt wurde. Nach der 2. Operation bekommt Pat. einen Kollaps aus dem sie sich rasch erholt. Nach 3monatlichem Spitalaufenthalt Entlassung mit glatter Narbe rechts und kleiner gut aussehender Fistel links. *Naegeli* (Zürich).

Lungen:

Kellock, Thomas H., A case of pneumotomy for foreign body. (Ein Fall von Pneumotomie wegen Fremdkörpers.) Lancet **184,** S. 92—93. 1913.

Bei einem $4^1/_2$jährigen Knaben, der eine $1^1/_2$ Zoll lange Schalnadel mit Glaskopf aspiriert hatte und die durch das Bronchoskop auch nach Anlegung eines medialen Trachealschnittes nicht extrahiert werden konnte, entschloß sich Verf. die primäre Pneumotomie auszuführen, nachdem durch Röntgendurchleuchtung der Sitz der Nadel im rechten Unterlappen 2—3 cm über der Zwerchfellkuppe festgestellt war. Nach Anlegung eines gestielten Hautmuskellappens mit der Basis nach der Wirbelsäule hin und temporärer Resektion von 4 Rippen unter Bildung eines Muskelrippenlappens wurde die Pleura eröffnet, die Unterfläche der kollabierenden Lunge mit Haltenähten gefaßt und zwischen ihnen die Lunge gespalten. Die Nadel wurde mit Hilfe des palpierenden Fingers schnell gefunden und extrahiert. Lungen- und Thoraxwunden wurden nach Einlegen eines Drains in den Pleuraraum primär geschlossen. In den ersten Tagen nach der Operation Fieber, Husten und beträchtliche Störungen des Allgemeinbefindens, der weitere Wundverlauf war jedoch, abgesehen von leichten Nekrosen der Thoraxwunde, ungestört. *Hinz* (Lichterfelde).

Morestin, H., Kyste hydatique du poumon. (Echinokokkus-Cyste der Lunge.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 139—143. 1913.

Die Echinokokken der Lunge sind in Paris ziemlich selten. Morestin stellt ein 16jähriges Mädchen vor, das wegen der Diagnose Pleuritis punktiert wurde; während der Punktion plötzlicher Durchbruch des Echinokokkensackes in die Bronchien, heftigste Erstickungsanfälle. Bei der Operation gelang es nach Resektion mehrerer Rippen die Membran in toto zu entfernen. Bei der Vorstellung sind 14 Monate seit dem Eingriff verflossen, an den Lungen kein Unterschied zwischen rechts und links, die Patientin vollkommen beschwerdefrei. *Valentin*(Berlin).

Herzbeutel, Herz:

Lucas, H., Zur Herzchirurgie. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 166—168. 1913.

Verf. berichtet über 2 von ihm mit Erfolg operierte Fälle von schwerer Herzverletzung durch Stich bzw. Schuß. Beide Fälle boten das Bild der Herztamponade; das freigelegte Herz zeigte keine Pulsation mehr, sondern nur noch vereinzelte fibrilläre Zuckungen. Im 1. Fall wies die Vorderwand des linken Ventrikels eine perforierende Wunde auf, während bei dem 2. Verletzten beide Ventrikel durchschossen waren. Auf Grund der bei diesen beiden Fällen gemachten Erfahrungen empfiehlt Verf. für die Freilegung des Herzens den Lappenschnitt, da er einen vorzüglichen Zugang schafft und eine Pleuraverletzung, falls eine solche nicht schon besteht, vermeiden läßt, was besonders für die Fälle wichtig ist, wo ein Druckdifferenzapparat nicht zur Verfügung steht. Die Drainage des Herzbeutels wird warm befürwortet und als beste Stelle hierzu die hintere Perikardialhöhle empfohlen. Die direkte Herzmassage hat sich in beiden Fällen als ausgezeichnetes Mittel zur Wiederbelebung erwiesen. Den in jüngster Zeit von einer Seite vertretenen Standpunkt, bei diagnostizierten oder vermuteten Herzverletzungen konservativ vorzugehen, verwirft Verf., tritt vielmehr auf Grund eines selbst erlebten tödlich verlaufenen Falles von Stichverletzung des Herzbeutels dafür ein, auch Herzbeutelverletzungen der Operation zu unterwerfen. *Haecker* (Königsberg i. Pr.).

Bauch und Becken.

Allgemeines:

Cotte, G., Contusion du rein droit et du mésentère. (Soc. nat. de méd. de Lyon, séance du 2. XII. 1912.) (Kontusion der rechten Niere und des Mesenteriums.) Lyon méd. **120,** S. 18—21. 1913.

Cotte stellte einen 40jährigen Mann vor, dem ein ca. 80 kg schwerer Hafersack gegen die rechte Seite gefallen war. Trotz bald auftretender starker Hämaturie arbeitete er noch 2 Tage und kam erst nach weiteren 2 Tagen ins Krankenhaus wegen heftiger Schmerzen in der rechten Seite. Es fehlten Symptome einer Bauchquetschung oder eines perirenalen Hämatoms. Die Hämaturie stand bald spontan, die Schmerzen in der r. Seite bestanden weiter. Wegen Anstiegs der Temperatur 14 Tage nach dem Unfall Freilegung der r. Niere; dabei wurde kein besonderer Befund erhoben. In der 2. Nacht darauf Zeichen allgemeiner Peritonitis. Laparotomie ergibt als Ursache derselben Absceß im Mesenterium; zugehöriger Darm ohne Veränderungen. Drainage des Abscesses. 14 Tage später Nierenentzündung und perirenale Phlegmone. Bei der Vorstellung 5 Monate nach dem Unfall bestand nur noch eine Pyelonephritis.

C. glaubt, daß die Kontusion der Niere sich sofort in Hämaturie äußerte, während die des Mesenteriums zunächst latent blieb, bis durch Berührung mit den Därmen eine Sekundärinfektion eintrat; so sei der Absceß entstanden, der zu allgemeiner Peritonitis führte. Die spätere Infektion des Nierenbettes schiebt er auf die Abdominaleiterung. Selten sei es, daß die Kontusion des Mesenteriums zunächst zu einer abgekapselten Blutung geführt hätte. *Bernard* (Berlin).

Isaac, C. Leonard, A case of successful resection of an irreducible intussusception in a child. (Ein Fall von geheilter Darmresektion bei einem Kinde wegen irreponibler Invagination.) Lancet **184,** S. 318. 1913.

2jähriges Mädchen, seit 14 Tagen Koliken mit seltenem schwarzem Stuhl. Invaginatio ileocoecalis bis ins Colon transversum. Teilweise Desinvagination, Resektion einiger Zentimeter, Vereinigung nach Maundsell, Anastomose zwischen Ileum und Colon ascendens. *Magnus* (Marburg).

Hernien:

Steimker, Wilhelm v., Zwei seltenere Hernien. (Hernia supravesicalis externa und Hernia ventralis lateralis.) (*Chirurg. Klinik, u. anat. Inst., Göttingen.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **82,** S. 617—650. 1913.

I. Hernia supravesicalis externa. Beschreibung des Präparates, von der Leiche eines 50jährigen Mannes aus dem anatomischen Institut zu Göttingen stammend. Die Annahme, daß die in der Fovea supravesicalis sich bildenden Hernien extrem selten seien, trifft nur für die retroperitonealen, inneren Formen zu, die in die Bauchwand nicht eindringen, nicht aber für die vorliegende Form, von der außer dem eigenen Fall noch 31 Fälle aus der Literatur zusammengestellt werden.

Bei ersteren handelt es sich um präexistierende Taschen oder Divertikel des Bauchfells, die eventuell durch vordringende Baucheingeweide vergrößert sein können, bei letzteren treten die Hernien in die Bauchwand selbst ein. Man muß dabei nun streng unterscheiden zwischen den eigentlichen intermuskulären Hernien, die von ihrer Richtung zum äußeren Leistenring durch die starke Aponeurose des M. obl. ext. abgedrängt, ständig interstitiell bleiben, und zwischen solchen, die in gerader Richtung dem äußeren Leistenring zustreben; diese letzteren gehören den Herniae supravesicales externae an; sie bahnen sich entweder medial des äußeren Leistenringes eine Öffnung durch die Aponeurose des M. obl. ext. und bleiben alsdann als Bubonocele seitlich der Peniswurzel liegen, oder sie treten zumeist durch den äußeren Leistenring und steigen bis ins Scrotum hinab. Sehr viel Ähnlichkeit haben sie mit den retroperitonealen Blasenhernien, obwohl diese mangels eines peritonealen Bruchsackes überhaupt keine eigentlichen Hernien sind, extraperitoneal liegen und die Fossa supravesicalis als Pforte überhaupt nicht benutzen. Sie sind aber äußerlich selbst bei der Operation kaum zu unterscheiden und erschweren die Differentialdiagnose, da auch bei den Herniae supravesic. ext. Blasenstörungen nicht selten sind. Die Hernia supravesic. ext. ist meist mit einem oder mehreren Brüchen kombiniert, da bei den betr. Individuen ätiologisch eine Disposition zu Unterleibsbrüchen besteht. Rechts ist die Hernie häufiger als links, das männliche Geschlecht überwiegt bei weitem. Klinisch ist zu erwähnen, daß der Tumor taubenei- bis hühnereigroß ist, daß 33% der Fälle incarceriert sind, daß Blasenstörungen als Komplikation ziemlich häufig gefunden werden. Der Fall St.s ist analog einem von Larauza beschriebenen, doch zeigen sie gegenüber den übrigen veröffentlichten Fällen große anatomische Unterschiede,

die genau beschrieben werden, und ganz neue ätiologische Momente, wie Anomalie der Arteria umbilicalis und eine lokale Frühperitonitis.

II. Hernia ventralis lateralis, bei derselben Leiche angetroffen. Aufzählung von 49 Fällen der Literatur und 2 eigenen. Bei der Entstehung spielen angeborene Divertikel und erweiterte Durchtrittsstellen von Gefäßen eine wichtige Rolle, man unterscheidet angeborene und erworbene Brüche. Für die vorliegende Bruchart ist es charakteristisch, daß ihre leeren Bruchsäcke, ja auch solche mit Inhalt, ohne Beschwerden jahrelang unbemerkt bestehen, und erst bei der Einklemmung (meist Darm, seltener Netz) plötzlich in Erscheinung zu treten pflegen. Im Alter pflegen die Hernien häufiger zu sein, Frauen sind infolge der Schwangerschaften häufiger befallen. Die Bruchpforte ist etwa zehnpfennigstückgroß, rund. Je nach der anatomischen Lage sind die bedeckenden Hüllen gebildet von Fascia superficialis und Haut, oder, bei mehr lateraler Lage, leistet die Aponeurose des M. obl. ext. dem Vordringen des Bruches Widerstand, und dieser breitet sich in der Verlaufsrichtung jenes Muskels intermuskulär aus. Klinisch ähneln die Hernien den epigastrischen, häufig machen sie gar keine Erscheinungen. In Behandlung kommen sie meist erst bei Incarceration. Die Hernienform ist häufiger als bekannt, ihre Diagnose ist zu stellen, insofern man an die Existenzmöglichkeit denkt. *de Ahna* (Potsdam).

Villard, Pathogénie des hernies épigastriques. (Pathogenese der epigastrischen Hernien.) Soc. des scienc. méd. de Lyon, séance du 27. XI. 1912.

Durch einen besonders prägnanten Fall aufmerksam gemacht, hat Villard seither bei sämtlichen Operationen von epigastrischen Hernien festgestellt, daß dieselben stets ein mehr oder minder großes Stück des Lig. teres hepatis enthalten. Sie sind demnach Gleitbrüche des Lig. teres. Daraus erklären sich einmal das häufige Fehlen eines Bruchsackes, dann die abnorm starken Beschwerden, die wohl auf Zug an der Leber zurückzuführen sind, schließlich das Überwiegen der supraumbilicalen über die infraumbilicalen Hernien der Linea alba. Die epigastrischen Hernien sind wahrscheinlich kongenitaler Natur. *Jung* (Straßburg).

Bertelsmann, Zur Naht von größeren Nabelbrüchen und ähnlichen Hernien. (*Rot. Kreuz, Kassel.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 123—124. 1913.

Bertelsmann empfiehlt seine bei größeren medianen Bauchbrüchen geübte Methode, die Diastase der Recti zu beseitigen und dadurch einen festen Verschluß der Bruchpforte zu erzielen. Die Rectusscheiden werden beiderseits an der inneren Kante gespalten und das vordere Rectusscheidenblatt nach beiden Seiten ungefähr bis zur Mitte des Muskels zurückpräpariert. Darauf ist die Nahtführung folgende: Einstich an der Unterseite des vorderen Scheidenblattes, da wo man mit dem Abpräparieren vom Muskel aufgehört hat, Durchführung der Naht durch die Oberfläche des M. rectus bis zum Innenrand, Ausstich am Innenrande, dasselbe auf der anderen Seite. Die Naht geschieht mit Knopfnähten. Beim Knüpfen der Nähte kommen die Mm. recti breit aneinander. Darüber möglichst noch Doppelung der freien vorderen Rectusscheidenblätter. Das Prinzip der Methode ist, die Zugspannung bei der Naht auf die Aponeurosen anstatt auf die wenig widerstandsfähigen Muskeln zu übertragen. *Propping* (Frankfurt a. M.).

Fowler, Royale Hamilton, Inguinal hernia of the cecum and appendix. An account of cases. (Leistenhernie des Coecums und des Appendix; ein Bericht der Krankengeschichten.) Americ. journal of surg. **27,** S. 26—28. 1913.

Literaturzusammenstellung über Häufigkeit und Symptome von Coecum und Appendix im Bruchsack. Krankengeschichten über 2 Fälle von rechtsseitigem Leistenbruch, bei denen sich in dem einen bei reponibler Hernie im Bruchsack der entzündlich veränderte Appendix fand, während in dem anderen Falle bei irreponibler Hernie gangränöses Coecum im Bruchsack nach Art der von Littré oder Richter beschriebenen Form, das reseziert werden mußte, vorhanden war. *Kaerger* (Berlin).

Reclus, Paul, L'ernia e gli infortuni del lavoro. (Beziehungen der Hernie zu Arbeitsunfällen.) Gaz. degli osp. e delle clin. **34,** S. 131—132. 1913.

Ohne Bedeutung.

Magen, Dünndarm:

Giugni, Sulla determinazione radioscopica della portio pilorica. (Über die radioskopische Bestimmung des Pylorus.) Gaz. med. Lombarda **72,** S. 3. **1913.**

Giugni glaubt, daß das zur radioskopischen Bestimmung des Magens eingeflößte Bismut infolge der nötigen Menge und seines Gewichts die Form des Magens beeinflußt, und daß dadurch die Lage des Pylorus nicht richtig dargestellt wird. Er röntgent daher die Magengegend erst dann, nachdem er die Gummisonde Einhorns, welche dieser zur Bestimmung des Duodenalsekrets benutzt, vom Munde aus durch den Ösophagus, den Magen und den Pylorus in das Duodenum eingeführt hat. Da die Spitze des Einhornschen Schlauches eine Metallkapsel trägt, kann man radioskopisch ihren Eintritt in den Zwölffingerdarm genau verfolgen. Gießt man nun vom Mundende aus noch Bismutlösung in die Einhornsche Sonde, so zeichnet sich der Lauf der ganzen Sonde deutlich ab, und man sieht deutlich die Pylorusgegend, in welcher die Sonde eine Krümmung nach unten macht, um ins Duodenum hinabzusteigen. Verlagerungen und die Bewegungsmöglichkeiten des Pförtners können auf diese Weise genau beobachtet werden. *Herhold* (Hannover).

Kulenkampff, D., Zur Frühdiagnose der akuten Magenperforation. (*Kgl. Krankenstift, Zwickau.*) Dtsch. med. Wochenschr. **3,** S. 110—112. 1913.

Die Diagnose einer Magenperforation, besonders bei Kranken, die vorher nie Magensymptome gehabt haben, ist in den ersten 3—4 Stunden nicht immer leicht. Ein in der Literatur sonst nicht erwähntes Frühsymptom ist die frühzeitige Druckempfindlichkeit der Douglasschen Falte. Sie kann auch vorhanden sein, wenn bei erhaltener Leberdämpfung und fehlender Flankendämpfung der Oberbauch hauptsächlich druckempfindlich ist, und gibt in solchen Fällen sofort eine sichere Indikation zur Operation.

Anführung eines Falles, wo bei einem 20jährigen Mann mit perforiertem Magenulcus an der kleinen Kurvatur die exquisite Druckempfindlichkeit des Douglas schon 3 Stunden später festgestellt wurde, trotzdem bei der Operation sich zwischen den Darmschlingen und in den Flanken mit Stieltupfer kein Exsudat nachweisen ließ.

Natürlich kann dieses Symptom im Frühstadium jeder Perforationsperitonitis auftreten, aber die günstigsten mechanischen und physikalischen Bedingungen sind bei der Vorderwand des Magens gegeben. Der dünnflüssige Inhalt kann sich bei den ununterbrochenen Bewegungen des Magens gegen die glatte Leberoberfläche an der vorderen Bauchwand nach abwärts verbreiten. Außerdem wirkt wahrscheinlich der häufig in solchen Fällen stark sauer reagierende Magensaft besonders reizend auf das Peritoneum. Bei dem Mangel einer Literatur hierüber müssen größere Statistiken zeigen, wie häufig dieses Symptom ist. *Hoffmann* (Greifswald).

Wagner, Arthur, Über das akut in die freie Bauchhöhle perforierende Magengeschwür. (*Allg. Krankenh., Lübeck.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **120,** S. 438 bis 456. 1913.

Wagner berichtet über 15 Fälle obiger Erkrankung aus den letzten 4 Jahren. In $^2/_3$ der Fälle gelang es, die richtige Diagnose vor der Operation zu stellen. 5 mal bestanden schon längere, 5 mal kürzere Zeit Erscheinungen von Magengeschwür, 1 mal gingen unbestimmte Leibschmerzen voraus; 3 Pat. (20%) hatten vorher niemals Beschwerden. Der charakteristische Initialschmerz war 12 mal vorhanden, 3 mal nur unbestimmte Beschwerden. Erbrechen erfolgte nach dem Durchbruch 13 mal. Zur Diagnose wurden ferner die bekannten Symptome: schwerkranker Eindruck, Druckschmerz und bretthartе Spannung der Bauchdecken, später in Auftreibung übergehend, verwandt. Die Prognose hängt in der Hauptsache von dem Zeitraum zwischen dem Durchbruch und der Operation ab: von den innerhalb der ersten 12 Stunden Operierten starb nur 1 (87,5 % Heilungen), von denen jenseits dieser Zeit wurde nur 1 geheilt (14,5% Heilungen); die Gesamtmortalität betrug 40%. Es wurde deshalb so bald wie möglich operiert und der initiale Kollaps galt nicht als Kontraindikation. Von der Chloroform-Sauerstoff-Narkose wurde kein Schaden gesehen, der Eingriff meist auf einfache Übernähung mit Aufpflanzung eines Netzstückes beschränkt; 2 Ulcera wurden excidiert, 3 mal die Gastroenterostomie angeschlossen (davon 2 †). 9 der Geschwüre saßen an der kleinen Kurvatur, 4 an der Vorderwand, 2 am Pylorus. Die Bauchhöhle wurde meist mit Kochsalzlösung ausgespült, dann trockengetupft; waren keine gröberen Speisebrocken wahrnehmbar, dann nur

ausgetupft. Drainage wurde meist angewandt, und zwar wurde das kleine Becken und beide Flanken drainiert. Die Nachbehandlung bestand in Kochsalzinfusionen und Tröpfcheneinläufen mit abwechselndem Zusatz von Calodal oder Traubenzucker und Alkohol. 6 Tage wurde per os nichts gereicht, dann eine Lenhartzkur angeschlossen. Zum Schluß folgen die Krankengeschichten im Auszug und ein Literaturverzeichnis von 5 Nummern. *Thiemann* (Jena).

Barjon et Rey, Deux observations de biloculation gastrique, diagnostic radioscopique, intervention chirurgicale, guérison. (Zwei Fälle von Sanduhrmagen; Röntgendiagnose, Operation, Heilung.) Arch. d'électr. méd., exp. et clin. **21,** S. 5—10. 1913.

Im ersten Falle Barjon und Rey's zeigte das Röntgenbild des Magens eine fast vollkommene Einschnürung im mittleren Teile des Fundus; beide Hälften waren von gleicher Größe und gleicher Form. Exstirpation des mittleren, narbigen, an das Pankreas fixierten Teiles, End an End Vereinigung der Stümpfe. Glatte Heilung. Nachuntersuchung 3½ Monate später: normales Befinden, die Röntgenuntersuchung zeigt normale Größe und Form des Magens, auch der Entleerungsmechanismus ist normal. — Im zweiten Falle schwankte die klinische Diagnose zwischen Pylorusstenose und Carcinom. Die Röntgenuntersuchung zeigte — ähnlich wie im ersten Falle — eine medio-gastrische Stenose, außerdem die Symptome einer hochgradigen Pylorusstenose. Resektion des pylorischen Teiles nach Kocher. Glatte Heilung. 1 Monat später keine Beschwerden, die Röntgenkontrolle ergab den gewohnten Magenschatten ohne den pylorischen Anteil, ungestörter Entleerungsmechanismus. In beiden Fällen waren im resezierten Teile neben vernarbten Ulcera und hochgradiger Cicatrisation auch frische Geschwüre zu finden. Nach B. und R. war in beiden Fällen die Röntgenuntersuchung vom größten Werte, — dieselbe war sowohl für die Indikation, als auch den Plan der Operation ausschlaggebend und bewies außerdem den ausgezeichneten und definitiven Erfolg der Gastrektomie. *Gergö* (Budapest).

Wurmfortsatz:

Lereboullet, Pierre, Appendicite chronique et tuberculose chez l'enfant. (Chronische und tuberkulöse Appendicitis beim Kinde.) Rev. franç. de méd. et de chirurg. **10,** S. 19—22. 1913.

Chronische Appendicitis ist bei Kindern häufig, häufiger in der Privatklientel, als bei den Hospital-Insassen. Sie kann sich verbergen unter dem Bilde einer tuberkulösen Erkrankung. Oft lenken Erscheinungen von seiten des Magendarmkanals die Aufmerksamkeit auf den Wurmfortsatz, oft liegen objektive Erscheinungen von seiten der Appendix kaum vor. Erst längere Beobachtung, die nach Abmagerung, Schwäche, Brustschmerzen, gelegentlichen Steigerungen der Körperwärme bis 38° (auch vom Typus inversus), nächtlichen Schweißen und leichten Lungenerscheinungen endlich Störungen von seiten des Magendarmkanals oder Druckschmerz in der Blinddarmgegend bringt, entscheidet die Diagnose. Appendektomie befreit das Kind von allen Leiden. Nicht selten führt die Schwächung, die mit der chronischen Appendicitis verbunden ist, zur Tuberkulose. In anderen Fällen bereitet das Regime, das zur Behandlung der mißverstandenen Darmbeschwerden aufgestellt wird, ihr den Boden. In solchen Fällen muß man sich erinnern, daß die Appendicitis ein Hindernis vernünftiger Behandlung ist und die Appendektomie vornehmen, wenn nicht akute Schübe der tuberkulösen Erkrankung dagegen sprechen. Endlich kann eine tuberkulöse Erkrankung oder auch die gegen sie eingeschlagene Ernährungsbehandlung zu tuberkulöser oder auch nicht tuberkulöser Appendicitis führen, unter deren Erscheinungen die ursprüngliche Tuberkulose übersehen werden kann. Appendektomie ist nur gestattet, wenn die Wurmfortsatzerkrankung schädigenden Einfluß auf die Funktion des Magendarmkanals ausübt und wenn die Tuberkulose nicht im lebhaften Fortschreiten begriffen ist. Neben der klinischen Beobachtung ist in allen Fällen die Cutanreaktion und das Röntgenbild heranzuziehen. *zur Verth* (Kiel).

Boeckel, Jules, Résection de deux mètres d'intestin (iléon, caecum et côlon ascendant) dans une forme d'appendicite non encore décrite. (Resektion von 2 Metern Darm [Ileum coecum und Colon ascendens] bei einer noch nicht beschriebenen Form der Appendicitis.) Rev. franç. de méd. et de chirurg. **10,** S. 27—29. 1913.

Nach kurzen theoretischen Ausführungen über die Tatsache, daß die äußerste

Spitze des entzündeten Wurmfortsatzes häufig mit dem vorderen Mesenterialblatt an dessen Wurzel adhärent sei und daß dann eine größere Eiterung sich zwischen beiden Mesenterialblättern nach oben und unten hin ausdehne, deren Differenzierung (von Empyema vesicae felleae, Erkrankungen der Adnexe etc.) sich bei uneröffnetem Abdomen sehr schwierig gestalten könne, berichtet Boeckel über sein operatives Vorgehen in einem solchen Falle.

Bei einer seit 11 Tagen hochfiebernden Kranken incidierte er über einer kindskopfgroßen Anschwellung der Ileocoecalgegend. Er traf ein großes Paket unentwirrbar verklebter Darmschlingen an und geriet mit dem untersuchenden Finger in eine 4—500 ccm Eiter enthaltende Absceßhöhle, die er nach oben bis zur Wirbelsäule, nach unten bis zum Douglas verfolgte. Die Appendix traf er nicht an. B. entschloß sich, um alles, auch die zwischen den Darmschlingen vermuteten sekundären Eiterherde zu entfernen, dazu, eine ausgedehnte Darmresektion vorzunehmen von 80 cm Ileum + 90 cm Coecum, Colon ascendens und Flexura hepatica. Er versorgte die Absceßhöhle, deren Hinterwand er nach Curettage stehen ließ und anastomosierte Ileum und Colon transversum Seite an Seite mit Murphyknopf. Drainage durch unteren Wundwinkel. Die Heilung wurde verzögert durch Bildung einer Kotfistel und dadurch, daß der Knopf nicht abging. Daher später Relaparotomie: Entfernung des Knopfes und Schluß der Kotfistel. Heilung. B. plaidiert für Frühoperation der Appendicitis zur Vermeidung derartig schwieriger Situationen. *Janssen* (Düsseldorf).

Parkes, Charles H., A simple method of introducing the purse-string suture for covering the stump of the appendix. (Eine einfache Methode, um mittelst einer Tabaksbeutelnaht den Appendixstumpf zu versenken.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 29—30. 1913.

Die von Parkes angegebene Methode hat den Vorteil, daß kein Assistent nötig ist, um den Stumpf herabzudrücken, und daß bei etwas Vorsicht keine Gefahr besteht, die Naht während des Knotens zu zerreißen.

Parkes denkt sich den Stumpf im Zentrum eines Zifferblattes und führt nun eine Tabaksbeutelnaht von der 12 zur 10, von dort zur 2 zur 8 zur 4 zur 6. Die Naht beginnt an der Mesenterialseite der Appendix und muß weit genug vom Stumpf entfernt angelegt werden, um im Coecum eine Tasche zu bilden groß genug diesen ganz aufzunehmen. Beim Anziehen der Fadenenden verschwindet der Stumpf von selbst, ohne daß er mit Hilfe eines Instrumentes herabgedrückt zu werden braucht. Die freien Enden der Naht werden zusammengeknotet. *Bernard* (Berlin).

Chartier, Méningite localisée post-appendiculaire avec compression des racines lombo-sacrées. Guérison par la radiothérapie. (Umschriebene Meningitis nach Blinddarmentzündung mit Druck auf die lumbosakralen Wurzeln. Heilung durch Radiotherapie.) L'encéphale **8,** S. 44—50. 1913.

Ein 48jähriger Neurastheniker erkrankte vor 9 Jahren an Appendicitis; nach 4 Jahren folgte ein 2. Anfall; die Operation ergab eine halbzerstörte Appendix in Schwarten eingebettet nebst einem Absceß. Nach langer Drainage Heilung. Wegen hartnäckiger Verstopfung p. op. mußte ein 2. Eingriff zur Lösung entzündlicher Verwachsungen vorgenommen werden. Zur Zeit des Anfalls traten noch andersartige Symptome auf: Dumpfe und fortdauernde Schmerzen mit zeitweiliger Steigerung in der Gegend des 4. und 5. Lendenwirbels, ausstrahlende Schmerzen besonders links im Bereich des Ileoinguinalis und Genitocruralis, am Gefäß und der Hinterseite der Oberschenkel lanzinierenden Charakters, leichte Ermüdbarkeit und Anfälle von vorübergehender Paraplegie. Die Untersuchung des äußerst niedergeschlagenen, stark abgemagerten Mannes ergab an Sensibilitätsstörungen neben den Schmerzen leichte Störungen des Ortsinnes und der Qualität der Empfindung am Bauch und Gesäß und Hyperästhesie in der Leistengegend; an Motilitätsstörungen eine Parese und Atrophie der rechten Gefäßmuskeln, der Beuger an den Oberschenkeln, besonders links und beider Waden ohne EaR., ferner Herabsetzung der Sehnenreflexe an den Beinen. Ferner chronische hochgradige Verstopfung, verbunden mit Störungen der Defäkation, Verlangsamung der Urinentleerung und Ausbleiben der Erektionen, sowie Fehlen des Wollustgefühles bei Pollutionen. Schließlich konnte der Kranke nur mehr einige Schritte machen. Auf Anwendung der Radiotherapie in der unteren Lenden- und oberen Kreuzgegend (konvergente Strahlen, möglichst hart, 6—8 B, $2^1/_2$ H bei $^1/_2$ mm dickem Aluminiumfilter, wöchentlich) trat schon nach der 5. Sitzung eine bedeutende Besserung ein; nach 3 Monaten völlige Heilung.

Das Krankheitsbild hatte nach Verf. seinen Ursprung in den Nervenwurzeln, und nicht im Rückenmark. Was die Lokalisation der Erkrankung anlangt, so wiesen die Atrophie und die Paresen auf den Bereich von der 4. Lenden- bis 2. Kreuznervenwurzel hin. Hinsichtlich der Ätiologie ist beim Entstehen der Schmerzen nach dem Anfall

von Appendicitis letztere zu beschuldigen. Raymond-Guillain (Semaine méd. 22. févr. 1905) und Courtellemont (Soc. de neurol. 5. Nov. 1908) haben schon aszendierende Neuritiden nach Appendicitis beschrieben. Verf. stellt sich vor, daß es sich primär um eine umschriebene Meningitis der Lumbosakralgegend gehandelt habe, die erst sekundär die Wurzeln betroffen habe; die Verbreitungswege der Infektion waren entweder die Venen oder die Lymphwege des Nervenplexus. *Streißler* (Graz).

Dickdarm und Mastdarm:

Kamanin, W., Zur Frage der Behandlung des Rectumcarcinoms. Arbeiten der chirurgischen Klinik des Prof. S. Fedoroff in St. Petersburg **6**, S. 103—147. 1913. (Russisch.)

In der vorliegenden Arbeit bespricht der Verf. 4 Fälle von Carcinom und 1 Fall von Striktur des Rectums, welche sämtlich auf sakralem Wege operiert wurden. Nach der Resektion des Os sacrum et coccyg. wurde der affizierte Teil des Rectums entfernt, der Sphincter aber erhalten. Der Erfolg war in allen Fällen ein guter, in den ersten 4 Fällen auch gute Kontinenz des Stuhles. Der Verf. empfiehlt auf Grund seiner Erfahrung die „Durchziehmethode". In allen 5 Fällen war der Resektion die Anlage eines Anus praeternaturalis an der Flexura sigmoidea vorausgegangen, davon 4 mal als temporäre und 1 mal als bleibende Maßnahme. Bei der Anlage des Anus wurde gleichzeitig auch der Zweck verfolgt, sich über die Ausdehnung und Operabilität des Krebses zu orientieren. *Hesse* (St. Petersburg).

Pruritus ani of streptococcal origin: cure by antogenous vaccine. (Pruritus ani durch Streptococcen verursacht; Heilung durch von Patienten gewonnenen Vaccine.) Journal of clin. res. **6**, S. 30—31. 1913.

Leber- und Gallengänge:

Seenger, J., A hasfalon áttörö májaktinomykosis esete. (Fall von Aktinomykose der Leber mit Perforation der Bauchwand.) Chirurg. Sektion des Budapester Kgl. Ärztevereines. Sitzung vom 31. I. 1913.

Die 41 jährige Patientin erkrankte vor ungefähr einem halben Jahre an Magenbeschwerden und wurde anderwärts wegen nachgewiesener Hyperacidität behandelt. Seit einigen Wochen Temperaturerhöhungen bis über 39° C. Seit dieser Zeit war im Epigastrium eine ungefähr faustgroße, fluktuierende Geschwulst zu fühlen. Bei der Inzision (Professor J. **Dollinger**) entleerte sich hellgelber Eiter mit typischen Aktinomyceskörnern. Da sich der Zustand nicht besserte, exstirpierte Dollinger nach ungefähr einer Woche die kranke Partie der Bauchwand und konstatierte bei Eröffnung der Bauchhöhle, daß die ganze obere Fläche der Leber von haselnuß bis nußgroßen prominierenden aktinomykotischen Herden übersät ist, während die untere Fläche derselben keine pathologische Veränderung aufweist. Anheftung des linken Leberlappens an die Bauchwand, Röntgenbehandlung mit der bei Tiefenbestrahlungen üblichen Technik. Seither besserte sich der Zustand, die Temperatur sank zur Norm. *Gergö* (Budapest).

Pankreas:

Fáykiss, Franz v., Über die akute Entzündung des Pankreas. (*Chirurg. Klinik, Budapest.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **82**, S. 596—616. 1913.

An der Klinik Réczeys wurden in den letzten Jahren 6 Fälle von akuter Entzündung des Pankreas beobachtet. In 2 Fällen wurde die Diagnose erst bei der Sektion gestellt. Daraus erhellt die Schwierigkeit der Diagnose. Keines der von den Autoren beschriebenen Symptome ist für die Pankreatitis allein charakteristisch. Die Blähung des Epigastriums (Gobiets Symptom), welche von der starken Auftreibung des Querkolons bei kollabiertem Dünndarm herrührt, wurde dreimal beobachtet, sonst fiel Faykiss nur noch auf, daß es sich stets um fettleibige Individuen handelte. Man muß also an Pankreatitis denken, wenn ein fettleibiger Mensch nach gallensteinkolikartigen Anfällen plötzlich unter Collaps mit Meteorismus und Resistenz in den oberen Partien des Bauches erkrankt. Unter den 4 Fällen, bei welchen das Pankreas aufgesucht und erkrankt gefunden wurde, kamen zwei mit dem Leben davon, der eine von den Geretteten kam in trostlosem Zustande ohne Puls zur Operation. Man soll also auch im schwersten Collaps die Operation wagen. Aber auch bei geringfügigen Symptomen soll man operieren, wie der eine von F. beobachtete Fall beweist, der nach anfänglich schweren akuten Symptomen sich eine Zeitlang ganz wohl befand, dann nach 4 Wochen

plötzlich im Kollaps zugrunde ging. Bei der Sektion fanden sich Pankreas und Milz durch Nekrose zerstört. Die Operation muß rasch und schonend ausgeführt werden, wichtig ist ausgiebige Tamponade des Pankreas an drei Stellen: vom foramen Winslowii, durch das lig. gastrocolic. und durch das mesocolon transversum, die Inzision des Pankreas oder wenigstens das Einreißen der gespannten Kapsel des Organs scheint von bester Wirkung zu sein. Wenn es der Zustand des Kranken gestattet, suche man eine etwa vorhandene primäre Erkrankung zu erkennen und zu behandeln. F. fand zweimal Cholangitis, einmal Echinokokkus der Leber und einmal Ulcus duodeni. In dem einen geheilten Falle stießen sich so große Teile des Pankreas nekrotisch ab, daß F. daran zweifelt, daß die Ansicht Gulekes, die Zerstörung des halben Pankreas sei unbedingt todbringend, richtig sei. *Moszkowicz.*

Milz:

Martyn, H. L., A case of acute haemorrhagic splenitis with spontaneous rupture complicating early pregnancy. (Ein Fall von akuter hämorrhagischer Splenitis mit Spontanruptur im Beginn der Schwangerschaft.) Lancet **184,** S. 317—318. 1913.

30jährige Frau erkrankte im 3. Monat der Schwangerschaft plötzlich mit heftigen Schmerzen im linken Hypochondrium; schweres Krankheitsgefühl, heftiger Singultus, kein Erbrechen. Wegen Anzeichen bedrohlicher innerer Blutung wurde eine Laparotomie vorgenommen. Es fand sich massenhaft Blut in der Bauchhöhle, das aus der Gegend des Foramen Winslowi hervorquoll. Wegen schweren Kollapses Abbruch der Operation, Tamponade. Am 3. Tage Abort, Ausräumung, abends Exitus. — Die Sektion ergab eine Vergrößerung der Milz, Parenchym weich, zerfließlich, herdförmige Nekrosen im Innern und zahlreiche Blutungen, die teilweise mit einem subkapsulären Bluterguß kommunizierten. In der Kapsel ein etwa 2,5 cm langer Riß. Keine Zeichen von Entzündung, keine Bakterien nachweisbar. *Magnus* (Marburg).

Goebel, W., Zur operativen Behandlung der Bantischen Krankheit. (*Kölner Akad. f. prakt. Med.*) Klin.-therap. Wochenschr. **20,** S. 73—81. 1913.

Verf. schildert die Bantische Krankheit in ihrem Wesen und Verlauf, den Angaben Bantis folgend, als eine primäre und selbständige Erkrankung der Milz im Gegensatz zu ähnlichen Krankheitsbildern konstitutioneller Erkrankungen, eine viel bestrittene Anschauung, die durch die günstigen Erfolge der Splenektomie bei Bantischer Krankheit gegenüber denen bei konstitutioneller Erkrankung gestützt wird. Bei der Besprechung der Differenzialdiagnose betont Verf. das Fehlen einer luetischen Grundlage (Wassermannsche Reaktion). Er teilt zwei eigene Fälle von „echter Bantischer Krankheit" (klinisch und histologisch den Angaben Bantis entsprechend) mit: ein 36jähriger Mann durch Splenektomie geheilt, 5/4 Jahre nach der Operation noch völlig gesund, beschwerdefrei und arbeitsfähig; eine 26jährige Frau 12 Tage nach der Operation an Pneumonie gestorben. Die günstigsten Aussichten bietet die Milzexstirpation im 1. Stadium der Erkrankung, d. h. vor Eintritt ernsterer Störungen von seiten der Leber. Die von Tansini im 3., aszitischen Stadium vorgeschlagene Verbindung der Splenektomie mit der Talmaschen Operation hält Verf. für nicht notwendig wegen der reichlichen Gelegenheit zur spontanen Anbahnung neuer kollateraler Venenbahnen. Die Erfolge der Exstirpation der Milz als primär oder lokal erkranktes Organ lassen im Verein mit den klinischen Erscheinungen die Bantische Krankheit, die splenische Anämie und die idiopathische Milzhyperplasie als Erscheinungsformen ein und derselben Krankheit erscheinen. *Blezinger* (Stuttgart).

Harnorgane:

Jeger, Ernst, und Israel Wilhelm, Über Neoimplantation der Vena renalis in die Vena cava, zugleich ein Beitrag zur Technik der Gefäßanastomose End-zu-Seit. (*Pathol. Inst. Charité, Berlin.*) Arch. f. klin. Chirurg. **100,** S. 893—924. 1913.

Während die Ligatur der Vena cava inferior unterhalb der Mündung der Nierenvenen ungefährlich ist, hat sie oberhalb den urämischen Tod im Gefolge. Diesem bei schweren Nierenexstirpationen gefürchteten Ereignisse beabsichtigten die Verff. auf Anregung W. Israels hin dadurch vorzubeugen, daß sie dem Nierenvenenblut Abfluß

durch eine neue Anastomose mit der Cava verschafften. Sie wandten die End- zu Seit-Implantation an, teils nach einem bereits von Jeger und Lampl im vorjährigen Centralbl. f. Chir. Nr. 34 geschilderten Verfahren mit modifizierten Payrschen Magnesiumprothesen, teils mittels einer neuen Nahtmethode. Die Carrelsche Naht ließ sich hierzu nicht verwenden, weil die unelastische Cava zur Anlegung der hinteren Nahtreihe sich nicht genügend drehen ließ. Die Technik der neuen Naht ist folgende:

Fassen der Arteria renalis mit Höpfner-Klemme vor ihrer Teilung, also dicht an der Aorta, der Vena renalis dicht am Nierenhilus mit der lateralen Branche der dreiteiligen Klemme, an der Cava mit gewöhnlicher Klemme. Schräge Durchschneidung der Vena renalis dicht an der letzten Naht des Cavastumpfes der Nierenvene. Fassen eines Cavazipfels oberhalb der Ligatur mit den medialen Branchen des dreiteiligen Instruments und möglichst breite Eröffnung der Cava. Ausdrücken von Blutresten und Aufträufeln von Paraffinöl. Abdecken mit schwarzen Tüchern, die bessere Übersicht gewähren sollen. Die Gefäßöffnungen liegen nun parallel schlitzförmig wie bei der Gastroenterostomie nebeneinander, fixiert durch die dreiteilige Klemme. Anlegen von Haltefäden durch die Schlitzenden, die Mitte der medialen und die beiden lateralen Ränder. Die ersten werden U-förmig angelegt, um die Berührung der Endothelflächen zu garantieren und mit ihren Enden die Naht der medialen Ränder und der lateralen fortlaufend ausgeführt. Lösung der Nierenvenenklemme. Blutstillung durch Tamponade, Lösung der Cavaklemme und schließlich der Arterie, um jede Stauung auszuschließen.

Die geschilderte Nahtmethode hat vor der Verwendung der Magnesiumprothesen den Vorzug der größeren Sicherheit gegen Thrombosierung und der Vermeidung von Torsion und Spannung und ist daher für Fragen der experimentellen Physiologie und Pathologie wohl zu verwenden, auch bei einigen chirurgischen Gefäßoperationen (Delbetsche Varicenoperation, Payrsche Hydrocephalusoperation) vorteilhaft, hat aber den Nachteil der langen Dauer von mindestens 45 Minuten, so daß sich mikroskopisch Stauungs- und Degenerationserscheinungen in den Nieren nachweisen lassen. Ihnen ist es zuzuschreiben, wenn es nur bei besonders widerstandsfähigen Tieren gelang, mit der Implantation der einen Nierenvene die sofortige Exstirpation der anderen Niere zu verbinden, während die sekundäre, nach etwa 2 Monaten angeschlossene, Exstirpation sich mit gutem funktionellen Erfolg durchführen ließ. Ebenso gelang die Überpflanzung beider Nierenvenen in einer Sitzung mehrfach. Dagegen glückte die gleichzeitige Einpflanzung einer Vene, Exstirpation der anderen Niere und Cavaunterbindung in keinem Falle. So ist das Endziel der Anastomosenversuche, den tödlichen Ausgang der Cavaligatur bei Nierenexstirpationen zu verhindern, nicht erreicht worden. Zum Schluß deuten die Verff. allerdings an, daß es ihnen auf einem anderen Wege gelungen sei, das Problem zu lösen. *Sievers* (Leipzig).

Eichmann, Elise, Nierenfunktionsprüfung durch die Phenolsulfophthalein-Probe. (*Hebammen-S., Osnabrück.*) Zentralbl. f. Gynäkol. **37**, S. 198—204. 1913.

Die von den Amerikanern angegebene Probe wurde bei Schwangeren und Wöchnerinnen nachgeprüft.

Die Ausführung der Untersuchung war die übliche: Entleerung der Blase. Trinken von 400 ccm Wasser. Nach $^1/_2$ Stunde Injektion von 1 ccm der Farblösung (= 6 mg Phenolsulfophthalein). Die intravenöse Injektion ist besser als die intramuskuläre. Der Urin wird in der 3., 5., 7., 9. usw. Minute durch Katheter der Blase entnommen, bis unter Zusetzen von 10% Natronlauge die rote Färbung auftritt. Dann wird nach 1 Stunde wieder katheterisiert. Die bis jetzt ausgeschiedene Urinmenge wird durch Zusetzen von Wasser bis auf 1000 (oder 500) ccm aufgefüllt. Mit dem Kolorimeter von Autenrieth - Königsberger wird der Prozentgehalt an Phenolsulfophthalein festgestellt. Wiederholung nach 2 und 4 Stunden.

Die Untersuchung bezieht sich also nur auf die Gesamttätigkeit beider Nieren. Bei Nephritis ist das erste Auftreten der Farbe im Urin wie auch die weitere Ausscheidung verzögert. Gegenüber den anderen Untersuchungsmethoden soll die Phenolsulfophthaleinprobe nicht überschätzt werden. *Oehlecker* (Hamburg).

Kappis, Leitungsanästhesie bei Nierenoperationen. (*Med. Ges. Kiel, Sitz. v 4. XII. 1912.*) Med. Klinik **9**, S. 233. 1913.

Kappis berichtet über günstige Erfolge mit der Leitungsanästhesie bei 45 Nierenfällen, die im Verlauf von einem Jahr in der Kieler Klinik operiert wurden. Injizier-

wurden je 10 ccm 1 proz. Novocain-Adrenalinlösung (D 9—L 2) nach der bekannten Technik. Das Verfahren ist nicht besonders schwer und für den Patienten ungefährlich. Der Erfolg ist sicher. *Münnich* (Erfurt).

Alexander, Béla, Die Untersuchung der Wanderniere mittels X-Strahlen. Folia urol. **7,** S. 271—280. 1913.

An einem praktischen Fall erläutert Verf. die Notwendigkeit, stets beide Nieren in genau gleicher Weise aufzunehmen und die Bilder miteinander zu vergleichen. Man achte auf Lage, Größe, Form des Organs, ferner auf Ortsveränderungen derselben; letztere werden deutlich aus dem Vergleich einer Aufnahme im Stehen mit einer solchen im Liegen oder aus dem Vergleich mehrerer in Zeitabständen gemachten Liegend-Aufnahmen. *Grashey* (München).

Cumston, Charles Greene, Neoplasms of the renal pelvis and ureter, with the report of a case. (Neubildungen des Nierenbeckens und Ureters mit Bericht über einen Fall.) Americ. journal of urol. **9,** S. 21—26. 1913.

Fall von Nierenbeckenpapillom eines 34 jährigen Mannes, mit Erfolg (3 Monate beobachtet) mit Nephrektomie behandelt. — Verf. geht des Nähern auf die Arten der Nierenbeckengeschwülste ein und unterscheidet 1. einfache Papillome (nicht destruierend, nur Implantationsmetastasen längs des Urinweges, aber auch im Nierengewebe). 2. Papillarcarcinome (häufige Lymphdrüsenmetastasen, aber auch Implantationsgeschwülste in Ureter und Blase. Metastasen auch in der Peritonealhöhle), 3. Carcinome, knotenförmige Tumoren, seltener papillomatös (Metastasen in entfernte Organe, Kachexie usw.). — Histologische und klinische Unterschiede zwischen diesen Typen. Aus der Bindegewebegruppe nennt Verf. Rhabdomyosarkome, Rund- und Spindelzellensarkome. Klinisch geben diese Nierenbeckentumoren: Schmerzen (oft ähnlich Steinkoliken, oft nur Schweregefühl, oft gar keine während der ganzen Krankheit); fühlbaren Tumor, zumeist nur dann, wenn Harnverhaltung und Hydronephrose besteht, nur bei Mitergriffensein der Niere auch ohne jene; Blutungen, das konstanteste Symptom, oft das einzige, meist das initiale, unterschieden von Steinblutungen durch ihre, sehr regelmäßig berichtete, Intermittenz; Urinbefund abgesehen von der Blutung und in deren Intervallen uncharakteristisch, hier und da einmal Tumorbröckel; Cystoskopisch: einseitige Blutung, Impfmetastasen in Blase oder Uretermündung; Darmverschlußsymptome oder Kompression der Vena cava nur selten; Unterschied zur Nierentuberkulose: Fehlen der Pyurie in einfachen Fällen, negativer Ausfall des Tierimpfversuches. Therapie: rein chirurgisch, in Entfernung der ganzen betroffenen Niere inkl. Ureterstück bestehend. Ureterenkatheterismus notwendig (Blasenmetastasen, Zustand der anderen Niere). *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Furniss, Henry D., Renal hematuria, decapsulation, nephrectomy. (Nierenblutung, Dekapsulation, Nephrektomie.) Americ. journal of obstetr. **67,** S. 138—139. 1913.

Furniss berichtet über eine 50 jährige Pat., bei der eine wegen bluthaltigen Urins vorgenommene Cystoskopie etwas proximal und nach innen von der rechten Uretermündung eine leichte Vertiefung zeigte, die aber nicht katheterisiert werden konnte und keinen Urin entleerte. Aus dem rechten Ureter ergoß sich hellrotes Blut, aus dem linken klarer Urin mit geringem Eiweißgehalt. Da die Hämaturie trotz Adrenalininjektion in das Nierenbecken anhielt, wurde die Dekapsulation der rechten Niere ausgeführt, wobei sich die Kapsel der nicht vergrößerten Niere als sehr adhärent und etwa 4 mal so dick wie normal erwies. Diese Operation war ebenso erfolglos wie Injektion von menschlichem Blutserum und Verordnung von Calc. lactic. Deshalb nach 6 Wochen Nephrektomie, bei der man 2 Ureteren und ein doppeltes Nierenbecken fand. Mikroskopisch Rundzelleninfiltration der Nierenrinde, wahrscheinlich infolge der Dekapsulation, und Blut in den geraden und gewundenen Kanälchen. Vollständige Heilung. *Kempf* (Braunschweig).

Furniss, Henry D., Renal hematuria, cessation after ureteral catheterization. (Renale Hämaturie, verschwunden nach Ureterenkatheterismus.) Americ. journal of obstetr. **67,** S. 139—140. 1913.

Furniss gibt die Krankengeschichte einer 50 jährigen Frau, die wiederholt und zuletzt andauernd blutigen Urin entleert hatte, auch an heftigen Schmerzen in beiden Lumbalgegenden

litt. Beim Ureterenkatheterismus wurde aus dem linken Harnleiter blutiger Urin gewonnen, während sich rechts normaler Urin entleerte. 2 Tage nach der Cystoskopie war der Urin frei von Blut, seitdem sind Hämaturie und Schmerzen nicht wieder aufgetreten. Möglicherweise handelte es sich um einen durch den Katheter abgekratzten Polypen gerade an der Stelle des Ureters, bis zu der das Instrument vorgeschoben war. Ein ähnlicher Fall ist von Hagner in Washington beschrieben. *Kempf* (Braunschweig).

Furniss, Henry D., Renal hematuria, cessation after decapsulation. (Nierenblutung, aufhörend nach Dekapsulation.) Americ. journal of obstetr. **67,** S. 140. 1913.

50jährige Pat., angeblich seit 2 Monaten an Hämaturie leidend. Die Untersuchung ergab gesunde Blase, blutigen Urin aus dem rechten Ureter, Urin mit Spuren von Eiweiß und einzelnen hyalinen und granulierten Zylindern aus der linken Niere. Dekapsulation der ganz normal aussehenden rechten Niere. 2 Tage nach der Operation Aufhören der Blutung.
Kempf (Braunschweig).

Beall, F. C., Subcutaneous rupture of the kidney. (Subcutane Ruptur der Niere.) Med. record **83,** S. 64—66. 1913.

Nach allgemeinen Bemerkungen über Häufigkeit, Symptomatologie und Therapie der Nierenverletzungen berichtet Beall über folgenden von ihm behandelten Fall:

9jähriger Knabe wurde von einem Faß gegen die linke Seite getroffen. Danach Blut im Urin, Pulsbeschleunigung, Fieber, Seitenschmerzen und Darmlähmung. Nach 2 Tagen Aufnahme in das Krankenhaus, wo man eine bis zur vorderen Axillarlinie reichende Dämpfung, Muskelspannung und Druckempfindlichkeit der linken Seite, aber kein Blut im Urin fand. Am nächsten Morgen wieder blutiger Harn. Daraufhin Freilegung der linken Niere, wobei sich aus der Umgebung der Niere halb blutige, halb urinöse Flüssigkeit entleerte und festgestellt wurde, daß die Blutung noch anhielt. Das untere Viertel der Niere war durch einen bis ins Nierenbecken reichenden Riß vom Rest der Niere abgetrennt. Ein zweiter, 2 Zoll langer Riß kreuzte den ersten. Der Versuch, die Verletzung konservativ zu behandeln, scheiterte an der Schwierigkeit, das Organ vor die Wunde zu bringen, an der andauernden, beträchtlichen Blutung und der Pulsverschlechterung in der Narkose. Daher Exstirpation der Niere. Glatter Wundverlauf. *Kempf* (Braunschweig).

Melnikoff, A., Über den partiellen Ersatz des Harnleiters durch eine isolierte Darmschlinge. (Russisch.) Arbeiten der chirurgischen Klinik des Prof. S. Fedoroff in St. Petersburg **6,** S. 148—174. 1913.

Der Verf. hat in seinen Versuchen an 11 Hunden partielle Defekte des Ureters durch isolierte Darmschlingen ersetzt. Die Versuche zerfallen in zwei Serien. Bei den ersten fünf Hunden wurde der Zweck verfolgt, 1—2 Monate nach der Operation die Versuchstiere zu töten und ad oculos die Funktion des neuen Harnleiters zu beobachten. Bei den Versuchen der zweiten Serie sollte die Arbeit des künstlichen Harnleiters und der entsprechenden Niere physiologisch untersucht werden, zu welchem Zweck sekundär die andere Niere entfernt wurde.

Die Operation bestand in folgendem: Nach Eröffnung der Bauchwand durch den M. rectus abd. dext. und des Peritoneums wurde die nächstliegende Dünndarmschlinge in einer Ausdehnung von 8—20 cm vom übrigen Darm abgetrennt, die Enden durch doppelreihige Naht verschlossen. Zwischen dem zu- und abführenden Darmende wurde eine seitliche oder zirkuläre Enteroanastomose angelegt. Darauf wurde der abführende Teil des isolierten Darmabschnittes durch seitliche Anastomose mit der Harnblase verbunden und in den zuführenden Abschnitt der Harnleiter eingenäht. Der letztere wurde gewöhnlich in einem Abstande von 4—7 cm von der Blase entfernt durchschnitten. Die Naht des Harnleiters wurde in den ersten 3 Fällen nach Marwedel ausgeführt. In den nächsten 2 Fällen nach derselben Methode, doch wurde außerdem noch die Schleimhaut des Harnleiters mit der des Darmes durch 4 Seiden- oder Catgutnähte vereint. In den letzten 6 Fällen nach der Methode von Mirotworzew (Verbindung der Witzelschen Methode mit der Schleimhautnaht). Die Naht hatte in 10 Fällen gut gehalten. Alle Operationen wurden in Morphiumnarkose ausgeführt.

Der Verf. kommt zum Schlusse, daß der Ersatz des Harnleiters durch eine isolierte Darmschlinge in geeigneten Fällen bedeutende Vorteile vor der Transplantation des Harnleiters in den Darm aufweist, da in ersterem Fall der normale Abfluß des Harnes bestehen bleibt. Zwecks Verhinderung von Drehungen und sekundären Knickungen des Harnleiters ist bei der Naht des letzteren und des Darmes das obere Ende der Schlinge zu fixieren. Die oben beschriebene Operation ist in den Fällen auszuführen, in welchen

wegen zu ausgedehnter Resektion des Harnleiters die Uretrocystoneostomie nicht möglich ist. Die Operation kann in einer oder auch in zwei Sitzungen ausgeführt werden.
Hesse (St. Petersburg).

Furniss, Henry D., Ureteral calculus, impacted at vesical orifice, released by fulguration cauterization. (Ureterstein, eingekeilt in der Blasenmündung, durch Fulguration befreit.) Americ. journal of obstetr. **67,** S. 140—141. 1913.

Furniss berichtet über eine 49jährige Patientin, die einmal vor 11 Jahren an rechtsseitiger Nierenkolik mit nachfolgendem Abgang von Blut und Sand gelitten und erst 3 Monate vor seiner Untersuchung einen 2. Anfall bekommen hatte, seit dem fast dauernd Hämaturie und Harndrang bestanden. Bei der Cystoskopie fand sich genau über dem Bezirk des rechten Ureters ein von Ödem umgebenes papillomartiges Gebilde mit breiter Basis, das als Papillom zweimal mit Fulguration behandelt wurde. Bei einer späteren Untersuchung sah man einen dunklen Stein, der eben aus der tumorartigen Masse hervorschaute. Ein Versuch, ihn in Knie-Ellenbogenlage der Patientin mit dem Kellyschen Tubus freizumachen, scheiterte an der Unruhe der Patientin. 4 Tage später war der Stein, der die Größe der Fingerspitze eines erwachsenen Mannes hatte, fast völlig ausgestoßen. Man riet der Patientin, ins Krankenhaus zu kommen, um unter Benutzung des Kellyschen Instruments eine Drahtschlinge um den Stein zu führen und ihn durch das Cystoskop zu entfernen, oder den Stein bei bedeutender Größe mit dem Lithotrib zu zerkleinern und auszuwaschen. F. meint, daß jede Geschwulst an der Blasenmündung des Ureters, besonders bei gleichzeitigem Ödem, Verdacht auf Stein erwecken müsse, solche Patienten daher vor der Fulguration geröntgt werden sollten; andererseits habe man in der Fulguration eine unblutige Methode, eingekeilte Steine zu lockern. *Kempf* (Braunschweig).

Heller, Julius, Pseudotrichiasis der Blase und Pilimiktion. Zeitschr. f. Urol. **7,** S. 1—21. 1913.

Bei einem 41jährigen Patienten wird eine Lithotripsie gemacht. In den Steinmassen finden sich Haare. Bei der Cystoskopie sieht man unterhalb der linken Uretermündung einen kleinen Haarzopf in der Blasenwand. Vermutlich hat eine gon. Cystitis eine Verklebung und den Durchbruch der Dermoidcyste eingeleitet. — Tabellarische Zusammenstellung von 43 Fällen (27 Frauen, 16 Männer). In 27 Fällen wirkliche Ausscheidung von Haaren durch den Harn. Klinisch standen im Vordergrunde: bei Männern die Symptome der Calculosis, bei Frauen die Erscheinungen des Ovarialdermoids. Einige Fälle von Peritonitis. Dermoide müssen operativ entfernt werden. Zertrümmerung der Steine usw. gibt nur einen vorübergehenden Erfolg. *Oehlecker* (Hamburg).

Young, Hugh Hampton, A new procedure (punch operation) for small prostatic bars and contracture of the prostatic orifice. (Ein neues Verfahren [Stanzoperation] für kleine prostatische Barrieren und Contractur des Blasenmundes.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 253—257. 1913.

Jene Fälle von Verlegung des Blasenmundes, die Mercier auf Barrierenbildung im Bereich des mittleren Prostatalappens zurückführte, andere französische Autoren als prostatisme sans prostate durch Atrophie oder Lähmung der Blasenmuskulatur erklärten und die von Amerikanern als Contractur des Blasenhalses gedeutet sind, hat Young früher durch die Bottinische Operation und durch perineale oder suprapubische Prostatektomie behandelt, ohne davon sehr befriedigt zu sein. Auch hat er bei einem derartigen Patienten, der die Prostatektomie verweigerte, die suprapubische Excision der Barriere mit Dilatation des Blasenmundes ausgeführt, von der Operation aber nur einen vorübergehenden Erfolg gesehen. Der Fall veranlaßte Y. ein Instrument zu konstruieren, mit dem es möglich ist, die mittlere Partie der Prostata auf urethralem Wege zu excidieren.

Das Instrument ist abgebildet und besteht aus einer 18 cm langen äußeren Röhre mit vorderer cystoskopartiger Krümmung und einer Urethroskopscheibe mit Lampe am anderen Ende. Nahe dem Blasenende des Instruments befindet sich an der Unterseite ein großes Fenster. In diese Röhre kann ein zweites Rohr mit einem scharfen vorderen Rande eingeschoben werden, das beim Vorschieben alles abhobelt, was sich in das erwähnte Fenster hineindrängt. Die Operation kann mittels der Lampe durch die innere Röhre beobachtet werden. Die ausführlich beschriebene Technik des Eingriffs erhellt aus der Konstruktion des Instruments. Das ex-

cidierte, gewöhnlich 1,2—1,5 cm lange Stückchen soll mit einer Zange (dem gleichfalls abgebildeten alligator or rongeur forceps) entfernt werden. In der Regel soll die Operation unter Drehen des Tubus nach rechts und links noch zweimal wiederholt werden. Dann Spülung der Blase und Entfernung des Instruments nach Einführung eines Obturators. Nachher 1 oder 2 Tage lang Dauerspülungen mittels doppelläufigen Katheters und Verordnung von Urotropin.

Verf. hat die Operation unter Lokalanästhesie seit Februar 1909 hundertmal ausgeführt. Übersicht der behandelten Fälle A. 51 Fälle von Barrierenbildung oder Contractur des Blasenmundes, in denen überdies die mikroskopische Untersuchung der excidierten Stückchen Aufschluß über die verschiedenen Typen der Erkrankung gab (submuköse Bindegewebsneubildung, chronische Entzündung des Drüsengewebes, ausgesprochene Hypertrophie des submukösen Drüsengewebes). Die Dauererfolge (in der Mehrzahl durch Fragebogen festgestellt) waren: völlige Heilung in 27 Fällen, fast vollständige Heilung in 11 Fällen, erhebliche Besserung in 7 Fällen, leichte Besserung in 1 Fall, keine Besserung in 3 Fällen; von 2 Fällen war keine Nachricht zu erhalten. B. 5 Fälle von Barrierenbildung mit Divertikeln. Erfolg ausgezeichnet. C. 4 Fälle, kompliziert durch Steinbildung, wo außer der beschriebenen Operation die Steinzertrümmerung vorgenommen wurde, ebenfalls mit gutem Erfolg. D. 20 Fälle von Prostatektomie mit unvollkommenen Resultaten, die unter gleichzeitiger Anwendung der Zange behufs Entfernung gestielter Drüsenlappen fast alle völlig geheilt wurden. E. 3 Fälle von Barrierenbildung mit Vorsprung des Trigonum, über die an anderer Stelle besonders berichtet ist. F. 3 Fälle von Tabes dorsalis, zweimal ohne, einmal mit Erfolg operiert, und schließlich 1 Fall von Carcinom der Prostata und Samenblasen, bei dem das Hindernis der Blasenentleerung gleichfalls durch die punch operation beseitigt wurde. *Kempf* (Braunschweig).

Heinecke, E., Über angeborene Stenosen der Pars posterior der Harnröhre. (*Herzogl. Krankenh., Braunschweig.*) Zeitschr. f. Urol. 7, S. 22—29. 1913.

Ein 5 jähriges Kind, das wegen teilweiser Harnverhaltung katheterisiert und operiert werden mußte, stirbt. Bei der Sektion findet sich eine kongenitale Stenose der Urethra und eine Cystitis mit aufsteigender Pyelonephritis.

Die angeborenen Stenosen der Harnröhre sind sehr selten, gewöhnlich handelt es sich um zwei halbmondförmige Falten, die vom Colliculus seminalis ausgehen (abnorme Vergrößerung der Frenula colliculi seminalis). Der Urin fängt sich in den Taschenfalten, und es kommt zum teilweisen oder gänzlichen Verschluß der Harnröhre, während oft der Katheter von vorn eher das Hindernis leicht überwinden kann. *Oehlecker.*

Deaver, John B., Impermeable stricture of the bulbomembranous urethra. (Impermeable to the passage of instruments.) (Undurchgängige Striktur der Pars bulbo-membranacea der Harnröhre.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 262—265. 1913.

Infolge früherer Behandlung und zunehmender Erfahrung kommen die Strikturen jetzt nicht mehr in so schlechtem Zustande zur chirurgischen Behandlung wie in früheren Jahren. Hat auch die Dilatationsbehandlung ihre Vorteile, so gibt Verf. doch dem Messer den Vorzug, und zwar dem offenen Operieren, nicht dem blinden mit dem Urethrotom. Als Ursache der Strikturen kommen in Betracht: congenitale Mißbildungen, Traumen und Entzündungsprozesse; die ersten sind selten, die letzten am häufigsten; die traumatische Form stellt die höchsten Anforderungen an das chirurgische Können. Von Operationsmethoden werden 5 verschiedene angeführt.

1. Die perineale Spaltung mit Vorgehen auf die Stenosenstelle ohne Leitinstrument. Sie ist zeitraubend und in ihrer von Stout empfohlenen Modifikation: Excision alles narbigen Gewebes ohne Eröffnung der Harnröhre, wohl nicht immer anwendbar. 2. Eröffnung der Harnröhre über der Striktur mit Hilfe der Leitsonde, Spalten der Striktur eventuell unter Führung eines filiformen Bougies; man kann aber auch dann noch in einen falschen Weg geraten. 3. Methode Cock: Unter Führung des im Rectum die Prostata palpierenden linken Zeigefingers wird ein zweischneidiges Messer in der Mittellinie des Dammes hart über der Analöffnung bis auf die Pars prostatica vorgeschoben und ohne Eröffnung der Urethra das Narbengewebe gespalten; spätere Nachbehandlung der Harnröhre. 4. Youngs Methode:

Freilegen der Spitze der Prostata, wie zur Prostatektomie, Trennung der rectourethralen Muskeln, Spalten der Harnröhre durch das Gewebe der Prostata hindurch. Die Vorzüge dieses Weges liegen in der sehr guten anatomischen Orientierung. 5. Kombination der Urethrotomie mit Sectio alta vesicae. — Verf. hält das 4. Verfahren für das einfachste und empfehlenswerte.

D. rät die Striktur nicht nur zu spalten, sondern alles veränderte Gewebe, soweit das möglich, zu excidieren. Er schließt die Wunde am Damm nicht völlig, sondern leitet den im Bereich der Verengung liegenden Katheter am vorderen Wundwinkel heraus. *Hoffmann* (Dresden).

Männliche Geschlechtsorgane:

Erlacher, Philipp, Kausale und symptomatische Behandlung gonorrhoischer Prozesse des Mannes mit besonderer Berücksichtigung der Original-Gonokokkenvaccine Menzer. (*K. K. Landwehrspital, Graz.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 113—114. 1913.

Das Menzersche Gonokokkenvaccin hat bei akuter wie chronischer Gonorrhoe, besonders aber bei Komplikationen derselben, eine sehr günstige, therapeutische Wirkung. Dabei scheint es auch zur Diagnose sehr brauchbar, insofern es auch bei alten, scheinbar geheilten Gonorrhoen wieder Ausfluß mit Gonokokken, also eine Lokalreaktion hervorruft. Allgemeinreaktionen, Fieber usw. wurden trotz Gaben von 5 bis 28 Millionen Gonokokken nicht beobachtet. *Linser* (Tübingen).

Weibliche Geschlechtsorgane:

Bumm, E., Zur Frage der Wundversorgung bei der Radikaloperation des Ca. colli uteri. (*Kgl. Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Zentralbl. f. Gynäkol. **37,** S. 1—7. 1913.

Verf. faßt das Ergebnis seiner reichen Erfahrungen dahin zusammen, daß für den glatten Verlauf nach Laparatomien alles darauf ankommt, überall in der Bauchhöhle gesundes unversehrtes Peritoneum zurückzulassen. Jede wunde Stelle muß durch sorgfältige Überkleidung mit Peritoneum aus der Bauchhöhle ausgeschaltet werden. Der untere Abschluß der Beckenbauchhöhle ist im großen dasselbe wie der Abschluß einer Darmwunde durch Lembertsche Nähte im kleinen. Je konsequenter und genauer das „Peritonealisieren bzw. Extraperitonealisieren" durchgeführt wird, um so glatter wird der Verlauf auch nach langdauernden Operationen und um so seltener die Peritonitis. Klar wird dies namentlich bei Betrachtung der Erfolge des größten gynäkologischen Eingriffes, der Radikaloperation des Collumcarcinoms. Während die Sterblichkeit, so lange noch die Wundhöhlen im Beckenbindegewebe mit durch die Scheide herausgeleiteten Gazestreifen tamponiert wurden, 29,7% betrug, ermäßigte sich diese Zahl auf 21%, nachdem die seitlichen Wunden im Lig. latum durch fortlaufende Naht geschlossen, Blase und Rectum fest mit dem Scheidenstumpf vereinigt und der Tampon nur in den Trichter des Beckenperitoneums gelegt und zur Scheide herausgeleitet wurden. Eine wesentliche Herabsetzung der Sterblichkeit, auf nur 6%, trat schließlich ein, als grundsätzlich auf Tamponade und Drainage verzichtet, das Peritoneum überall durch eine zweischichtige seroseröse Naht geschlossen und so die Scheide und die Beckenbindegewebswunden völlig von der Bauchhöhle abgeschlossen wurden. Auch in den Fällen, wo die von Sigwart durchgeführte bakteriologische Untersuchung große Keimmengen, darunter auch Streptokokken ergab, wurde der reizlose Verlauf die Regel. Bei hoher Virulenz droht freilich auch dann Peritonitis. Carcinomfälle mit subfebrilen Temperaturen sollen erst nach der Entfieberung operiert werden, da diese Temperaturen durch den Einbruch virulenter Keime in die Lymphbahnen zustande kommen, deren Eröffnung bei der Operation gerade so wie das Bersten vereiterter Lymphdrüsen verhängnisvoll werden kann.

Einen großen Wert legt Bumm auf die Vorbereitung des Carcinomherdes. Mit scharfem Löffel und Thermokauter werden die erreichbaren Geschwulstmassen zerstört, die Scheide wird sorgfältig mit Sublimatalkohol und wässeriger Sublimatlösung desinfiziert und dann so lange in 10proz. Arg. nitr.-Lösung gebadet, bis sie eine grauweiße Verfärbung angenommen hat. Das letztere Verfahren hat sich nach vergleichenden bakteriologischen Untersuchungen besonders bewährt. Bei der Operation soll die Keimverschleppung möglichst vermieden wer-

den, die Bauchwundenränder werden mit Gaze übernäht, die Därme während der Beckenhochlagerung sorglich abgedeckt, Handschuhe und Instrumente immer wieder gewechselt. Vor der Durchtrennung der Scheide verhindert eine besondere Scheidenklemme das Ausfließen von Sekret aus der Brandhöhle des Collum. Sorgfältige Blutstillung in den Beckenbindegewebswundräumen und Vermeidung jeglicher Nebenverletzungen ist notwendig. Der Abschluß des Bauchraums selbst wird so ausgeführt, daß zunächst die Serosawundränder der hinteren Blasen- und vorderen Mastdarmwand fest mit dem Scheidenstumpf vereinigt und dann die großen parametranen Wundhöhlen geschlossen werden. Hiernach kommt der Verschluß des Peritoneums durch eine womöglich fortlaufende Catgutnaht, über die eine nochmalige Nahtschicht aus feinstem Catgut gelegt wird, so daß schließlich nur der fortlaufende Catgutfaden zwischen den Wülsten des Peritoneums, das in breiter Fläche und ohne Spannung aneinanderliegen muß, sichtbar ist. *Bossler* (Berlin).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Felten-Stoltzenberg, Richard, und Felicitas Felten-Stoltzenberg, Über negativen Druck in den langen Röhrenknochen des Hundes. Bemerkung zu der Arbeit von Schultze und Behan. Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 134. 1913.

In der von Felten-Stoltzenberg früher veröffentlichen Erklärung des traumatischen Ursprungs der sog. genuinen traumatischen Knochencysten, Rarefizierung und Auftreibung des Knochens infolge rezidivierender Blutung fehlte bisher die Begründung der Ursache dieser starken, wiederholten Blutung. Diese ist nunmehr gegeben in dem von Schultze und Behan gefundenen negativen Druck: Absaugung des Blutes, bis Druckdifferenz nahezu ausgeglichen. *Brachmann* (Sonderburg).

Tubby, A. H., and J. A. Braxton Hicks, A case of suppurative post-thyphoid osteitis 13 years after an attack of enteric fever. (Ein Fall von eitriger posttyphöser Ostitis 13 Jahre nach einer Attacke von Typhusfieber.) Lancet **184,** S. 304. 1913.

Die Verff. berichten über einen Fall von Knocheneiterung der rechten Ulna im oberen Drittel bei einem 25jährigen Manne, der vor 13 Jahren einen Typhus abdominalis durchgemacht hatte. Die Incision des großen Abscesses ergab die Ulna auf weite Strecke rauh. Die bakteriologische Untersuchung stellte Typhusbacillen mit allen ihren charakteristischen kulturellen Eigenschaften fest. Das Interessante des Falles war, daß das Serum des Patienten die Typhusbacillen aus dem Eiter wie andere Typhusbacillenstämme nicht agglutinierte, sondern fixierte. *Creite* (Göttingen).

Obere Gliedmaßen:

Destot, E., Pronation et supination de l'avant-bras dans les lésions traumatiques. (Pro- und Supination des Vorderarmes bei traumatischen Verletzungen.) Presse méd. **21,** S. 41—44. 1913.

Der Pro- und Supinationsverlust bei radioulnaren Schaftbrüchen: Bei der isolierten Radiusfraktur ohne Verschiebung nur mit Rotation um die Achse verheilt die Hand in Pronationsstellung; bei winkliger Knickung des Radius stellt der Biceps — der Pronator teres kommt dabei nicht in Betracht — das obere Fragment in Supination, das untere wird durch die Hand in Pronation gedreht; also resultiert nach der Heilung Supinationsverlust; isolierte Radiusbrüche, selbst komminutative werden häufig übersehen. Bei der isolierten Radiusfraktur gibt es drei Entstehungsbedingungen für diese Funktionsstörung: Rotation der Fragmente um die Achse, Verkürzung des Radius infolge winkliger Knickung der Fragmente, Aufhebung der axialen Radiuskrümmung nach außen. Isolierte Ulnafraktur, wenn im oberen Drittel, häufig von Radiusluxation begleitet; dabei kommt es selten zu Pro- und Supinationsstörung. Häufig hingegen bei Frakturen im unteren Drittel. Durch Knickung der Ulna wird ihr Drehpunkt, um den die exzentrische Krümmung des Radius rotiert, verschoben, so daß dieser an den verschobenen Ulnaschaft stößt, bevor er seine volle Supination erreicht hat. Bei den Frakturen „beider Vorderarmknochen" ist zu beachten die Winkelstellung der Fragmente, ferner ob die Brüche des einzelnen Knochen in annähernd gleichem Niveau liegen oder nicht. Bei den in gleicher Höhe liegenden kommt es auf

Unversehrtheit des Radioulnargelenkes an; wenn sie nicht in gleicher Höhe liegen, genügt die Winkelstellung allein, um Pro- und Supination aufzuheben. Bei veralteten Fällen hat man mit der Synostose und Pseudarthrose zu kämpfen. Die blutige Reposition gibt dabei schlechte Resultate. Ohne Schwierigkeit lassen sich die mit Pro- und Supinationsverlust einhergehenden Frakturen des Hand- und Ellbogengelenks erkennen. Bei Brüchen der Handgelenksepiphyse verwächst häufig der Callus mit der Ulna. Oberhalb des Gelenks verursachen die Frakturen Subluxationen des Radius und der Ulna, welche das Gelenkspiel stören. Die Brüche im Ellbogen, des Radiusköpfchens, allein oder mit Bruch des Proc. coronoideus zusammen, der Kondylen, Luxation im Ellbogen können, besonders bei jungen Individuen, später bei ungeeigneter Behandlung Bewegungshemmungen hervorrufen. *Rupp* (Chemnitz).

De Lucchi, G., Un caso di isterismo simulante un'artro-sinovite cronica. (Ein Fall von Hysterie unter dem Bilde einer chronischen synovialen Arthritis.) (*Sped. civ., Brescia.*) Gaz. degli osp. e delle clin. **6**, S. 57—58. 1913.

28jährige ledige Bäuerin mit belangloser Anamnese erkrankte Januar 1911, während sie in Mailand als Dienstmädchen tätig war, an Schmerzen in der rechten Schulter, deren Entstehung sie auf Überbürdung mit häuslicher Arbeit zurückführte. Unter wechselnder ärztlicher Aufsicht wurde sie unter der Diagnose „Omarthritis chronica" erfolglos zuerst mit inmobilisierenden Verbänden, dann mit Massage und gymnastischen Übungen behandelt. Am 30. Juli 1912, 19 Monate nach dem Beginn der Schultererkrankung und 18 Monate seit sie den Arm nicht mehr richtig bewegt hatte, trat sie in die Behandlung de Lucchis. Pat. klagt über spontane, kontinuierlich vorhandene Schmerzen in Schulterhöhe mit Remissionen und Exacerbationen ohne ersichtliche Ursache. Sie hält den Arm unbeweglich, da die kleinste Bewegung Schmerz hervorruft. Leichte Ovarie. Normale Reflexe. Die linke Schulter genau so aussehend wie die rechte. Der rechte Arm wird an den Thorax angepreßt und im Ellbogen rechtwinkelig gebeugt gehalten. Nur eine Hypertrophie der äußeren Fasern des rechten Cucullaris wird festgestellt. Armumfang beiderseits gleich. Beim Abtasten der Schulter spannen sich alle Muskeln reflektorisch an. Radiographisch am Gelenk nichts Abnormes; sonst nichts Pathologisches am Gelenk. Da sich dieser Zustand innerhalb der nächsten 4 Beobachtungstage nicht ändert, wird zum therapeutischen Experiment geschritten. Am 4. August wird unter autoritativem Zuspruch der Arm gefaßt und die Kontraktion überwunden. Zu Beginn der Bewegungen ist ein leises Knirschen zu vernehmen, nachher sind jedoch alle Bewegungen frei ausführbar. Am nächsten Tage gibt Pat. an, das Gefühl von Schwere, das sie bisher stets verspürte, nicht mehr zu haben. Sie erlaubt jetzt ohne Widerstand kleine passive Bewegungen und macht selbst furchtsam einige kleine Versuche dazu. Nach 10 Tagen Heilung.

Da alle Untersuchungsmethoden keine Spur eines pathologischen Gelenksprozesses nachweisen konnten, wohl aber leichte Erregbarkeit, Muskelkontraktion und Tremor sowie eine Reihe psychischer Eigentümlichkeiten konstatiert wurden, so sieht Verf. den Fall als traumatogenes hysterisches Gelenkleiden an, wenn auch wirkliche hysterische Stigmata und hysterogene Zonen fehlten. *v. Saar* (Innsbruck).

Simpson, Graham, The treatment of fractures about the elbow-joint. (Die Behandlung der Frakturen im Bereich des Ellbogengelenks.) Clin. journal **41**, S. 266—270. 1913.

Zur Behandlung der Frakturen des unteren Humerusendes bei Kindern empfiehlt Verf. Reposition in Narkose und Fixation des Armes mit spitzwinklig flektiertem Ellbogengelenk am Thorax für 10 Tage. Dann täglich Veränderung des Gelenkwinkels bis zum 20. Tage, an dem meist schon Konsolidation mit guter Beweglichkeit vorhanden ist. *H. Joseph* (Berlin).

Untere Gliedmaßen:

Fritsch, Hans, Die Therapie des varikösen Symptomenkomplexes. Wien. med. Wochenschr. **63**, S. 122—130 u. 205—210. 1913.

Die Therapie des varikösen Symptomenkomplexes (Varicen, Stauungsdermatose, Ulcus cruris) ist einerseits eine konservative, andererseits eine operative. Von den gegen die Phlebektasie gerichteten Maßnahmen ist vor allem die Prophylaxe wichtig. Bei ausgebildeten Varicen kommt als konservative Behandlung die lediglich symptomatisch wirkende Kompression in Anwendung, die auch bei den anderen beiden Kom-

ponenten des Komplexes in gleichem Maße zu Recht besteht. Dabei ist es gleichgültig, auf welche Art die Kompression erreicht wird, wesentlich ist nur, daß sie gleichmäßig und dauernd angewendet wird. Von den verschiedenen Methoden hat sich am besten der mit Zinkleim oder Peptonpaste hergestellte Verband bewährt. Zur Verhinderung der venösen Rückstauung sind Pelotten empfohlen worden, die mit einer strumpfbandförmigen Feder verbunden, unter oder über dem Knie angelegt werden und auf die oberflächlichen Venen einen Druck ausüben sollen. Was die Stauungsdermatose betrifft, so erfordert deren medikamentöse Behandlung keine Abweichung von der sonst bei Dermatitiden und Ekzemen gebräuchlichen Therapie; nur ist auch hierbei die Notwendigkeit einer dauernden Kompression nicht zu übersehen. Das Ulcus cruris verlangt eine verschiedene Behandlung, je nachdem es sich um einen frischen Substanzverlust oder ein altes callöses Geschwür handelt, je nachdem die Reinigung des Geschwüres oder seine Austrocknung, die Anregung zur Granulationsbildung oder die Epithelisierung usw. im Vordergrunde des Heilbestrebens steht. Danach richtet sich die Auswahl der auch sonst üblichen Mittel und ihre Anwendungsweise. Sie alle aber sind für sich allein ohne gleichzeitige Kompression unwirksam, bei richtig angewandter Kompression entbehrlich. Die physikalischen Behandlungsmethoden, Massage, Hydrotherapie, Röntgenbestrahlung usw. sind zum Teil ganz unwirksam, zum anderen Teil nicht ungefährlich und deshalb nur in einer ganz beschränkten Anzahl der Fälle anzuwenden. Sie stehen also in ihrem Heilvermögen weit hinter der Kompression zurück. Die operative Behandlung gilt fast nur der Phlebektasie; die Dermatitis ist von vornherein davon ausgeschlossen, das Ulcus ist nicht darauf angewiesen, es heilt unter alleiniger Kompression aus. In der Behandlung der Phlebektasie aber stellt die Operation das einzige, wirklich zur Heilung führende Mittel dar. Die vielen verschiedenen Methoden: Die Unterbindung der V. saphena, Ligatur der V. poplitea, Zirkel- und Längsschnitte am Unterschenkel, Verlagerung der Saphena unter den M. sartorius, die saphenofemorale Anastomose, endlich die Anastomosenbildung zwischen V. saphena und Art. profunda femoris erzielen keinen vollen Erfolg. Absolut zuverlässig und radikal sind dagegen die Totalexstirpation der Vena saphena und der Spiralschnitt am Unterschenkel nach vorausgegangener Resektion der V. saph. am Oberschenkel. Letzterer Methode gibt der Verf. noch den Vorzug vor der Totalexstirpation. *Genewein* (München).

Weichert, Max, Lähmungen bei Extensionsbehandlung von Oberschenkelbrüchen. (*Allerhlg.-Hosp., Breslau.*) Berl. klin. Wochenschr. 2, S. 54—57. 1913.

Weichert beschreibt 5 Fälle von Peroneuslähmung als Folge der Behandlung von Oberschenkelfrakturen in Extensionsverbänden bei Belastung mit schweren Gewichten und verbreitet sich ausführlich über die Genese dieser in der Literatur bisher nicht beschriebenen trotzdem aber nicht unbekannten Schädigung. Durch sinngemäße Variierung der Technik und genaue klinische Beobachtung (Mitbeteiligung des Nervus cutaneus surae lateralis!) gelang es ihm nachzuweisen, daß nicht direkter Druck oder Zug am Nerven in der Gegend des Fibulaköpfchens daran schuld sei, sondern eine Überdehnung des Ischiadicusstammes oberhalb der Kniekehle, welche durch die Anwendung der hohen Gewichte einerseits sowie der Elevation des Beines (Beugung im Hüftgelenk, Streckung in den übrigen Gelenken) andrerseits bedingt wird. Begünstigend wirkt noch der Umstand, daß der peroneale Teil des Ischiadicus dem Tuber ischii näher liegt als der tibiale. Die Restitution nimmt etwa ein Jahr in Anspruch trotz sachgemäßer Behandlung, als welche Massage, Heißluft, Bewegungsübungen bis zur Schmerzgrenze, und Galvanisationen mit Unterbrechungsstrom genannt werden. Prophylaktisch wird zur Extensionsbehandlung der Oberschenkelfrakturen die Zuppingersche Semiflexionslage empfohlen. *v. Saar* (Innsbruck).

Brandes, Max, Typische Frakturen des atrophischen Femur. (*Chirurg. Klinik, Kiel.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. 82, S. 651—694. 1913.

Zusammenstellung der bisher beobachteten Fälle von suprakondylärer Spontan-

fraktur des kindlichen Femur, für die Brandes die Bezeichnung „Atrophiefraktur“ oder „typische Fraktur des atrophischen Femur“ vorschlägt. Den bisher bekannt gewordenen Fällen fügt er 7 selbst beobachtete hinzu. Von den 28 bis jetzt insgesamt publizierten Fällen trat die Fraktur 10mal nach Coxitis, 14mal nach kongenitaler Hüftluxation, 1mal nach Gonitis, 1mal nach postosteomyelitischer Hüftoperation, 1mal bei Spondylitis ein, einmal war das ursächliche Leiden nicht bestimmt angegeben. Die Ursache der Atrophie führt B. im Gegensatz zu Ehringhaus, der einen trophoneurotischen Reflexvorgang annahm, auf Inaktivität zurück. Daß schon nach kurzer Zeit eine Inaktivitätsatrophie eintreten kann, beweist er durch Tierversuche. Den Entstehungsmechanismus erklärt er durch übertriebene Biegungsbeanspruchung des Femur infolge Streckung des Unterschenkels, wobei der kontrakte Zustand des Kniegelenks und der Ursprung der Kapsel, Bänder und Sehnen von Bedeutung ist. Die stets gleiche Lokalisation dieser Frakturen ist durch die besonderen Festigkeitsverhältnisse am atrophischen Femur bedingt. B. glaubt, daß die Kenntnis dieser für Frakturen disponierten Stelle am kindlichen atrophischen Femur in der Therapie Verwendung finden kann, und daß man am besten suprakondylär eine Fraktur setzt, wenn man genötigt ist, z. B. zur Korrektur eines pathologisch antevertierten Femur nach Hüftluxation eine Osteoklase vorzunehmen. In einem Falle wurde diese Therapie schon ausgeführt. *Fromme* (Göttingen).

Luckett, William H., Rupture or sprain fracture of the ligamentum patellae. (Riß oder Zerreißung des Ligamentum patellae.) Ann. of surg. **57**, S. 122 bis 123. 1913.

Kasuistische Mitteilung ohne besondere Bedeutung. *Wiemann* (Flensburg).

Chaput, M., Traitement des fractures de la rotule et de l'olécrane par la suture sous-coutanée. (Behandlung der Brüche der Patella und des Olecranon durch die subcutane Naht.) Presse méd. **21**, S. 61—62. 1913.

Nach kurzer Erörterung der den gebräuchlichen offenen Verfahren der Kniescheibennaht anhaftenden Nachteile, namentlich der Gefahr der Gelenkeiterung, erläutert der Verf. sein subcutanes Nahtverfahren, das ihm bisher gute Ergebnisse geliefert hat. Die Anzeige zum operativen Vorgehen überhaupt liefert ihm die Zerreißung des seitlichen Bandapparates und eine 2 cm überschreitende Diastase der Bruchstücke. Vor der Aneinanderbringung der Fragmente wird der seitliche Bandapparat wieder hergestellt.

Zu beiden Seiten der quer gebrochenen Kniescheibe wird ober- und unterhalb des Bruchspaltes je ein kleiner Hauteinschnitt gemacht. Eine gestielte Nadel führt einen kräftigen Catgutfaden unter Mitfassung der tiefen Seitenbänder zum einen Hauteinschnitt hinein, zum anderen hinaus. Beide Catgutenden werden nun unter der Haut zu einer zwischen den genannten liegenden dritten kleinen Incisionswunde herausgeführt und in ihr geknotet. Das gleiche Vorgehen auf der anderen Seite der Kniescheibe. In ähnlicher Weise werden auch die Knochenfragmente vereinigt. Ober- und unterhalb des Bruchspaltes werden in gleicher Entfernung von ihm wieder je zwei kleine Hauteinschnitte gemacht. Mit gestielter Nadel wird wieder ein kräftiger Catgutfaden zunächst durch die Einschnittöffnungen des oberen Fragmentes unter Fassung des tiefen, fibrösen präpatellaren Gewebes durchgezogen. Das eine Catgutende wird nun subcutan zur gleichseitigen Hautöffnung des unteren Fragmentes durchzogen. Wie beim oberen Fragment werden beide Hautöffnungen des unteren Stückes, wieder unter Fassung des tiefen, fibrösen Gewebes verbunden und nun, nachdem der Catgutfaden in Form eines liegenden U liegt, werden seine beiden Enden durch eine fünfte Incision, die zwischen der ursprünglichen Einstich- und der letzten Ausstichöffnung liegt, subcutan herausgeführt und in ihr, nachdem die Bruchstücke durch die Assistenz genähert worden sind, zusammengezogen und geknotet. Der zweckmäßig erst 3—4 Tage nach der Verletzung vorzunehmenden Naht geht die Punktion des Gelenkes voraus.

Die vom Verf. in den bisherigen vier Fällen erzielte, nicht knöcherne, aber enge fibröse Vereinigung der Bruchstücke ergab unter frühzeitigen Bewegungsversuchen gute Resultate. Gleichgute Ergebnisse lieferte das Verfahren auch in zwei Fällen von Olecranonbrüchen. *Goebel* (Köln).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete
Band I, Heft 5 S. 169—200

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Nolf, P., Eine neue Theorie der Blutgerinnung. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. **10,** S. 275—341. 1913.

Die Arbeit bringt zum ersten Male in deutscher Sprache eine ausführliche Darstellung der sehr beachtenswerten Nolfschen Blutgerinnungstheorie, die, im Gegensatz zu den bislang geltenden Theorien, den Vorgang nicht als fermentativen auffaßt, sondern als einfache, gegenseitige Ausfällung kolloidaler Gerinnungsfaktoren. Die drei Gerinnungsfaktoren — Thrombozym, Thrombogen, Fibrinogen — sind im Plasma in einem bestimmten Lösungsgleichgewicht enthalten. Sie verleihen dem Plasma die wichtige Fähigkeit allein, von sich aus zu gerinnen. Bei der Gerinnung verschwinden die Gerinnungsfaktoren völlig. Es bleibt Fibrin und im Serum gelöstes Thrombin zurück, letzteres also als ein Produkt der Gerinnung. Jeder Einfluß oder jede Substanz, welche das Gleichgewicht der kolloidalen Gerinnungslösung zu stören und dadurch das Unlöslichwerden zu begünstigen vermag, heißt thromboplastisch. Thromboplastische (gerinnungsanregende) Wirkungen werden ausgelöst durch die Gewebsextrakte, durch andere Kolloide und den Kontakt mit unlöslichen Körpern (Oberflächenwirkung). Im kreisenden Blute dient als Regulationsmittel gegen thromboplastische Einflüsse das von der Leber stammende gerinnungshemmende Antithrombosin. Die Arbeit berücksichtigt abschließend noch die Verhältnisse der Thrombolyse und der pathologischen Blutgerinnung. *Hartert* (Tübingen).

Franke, Über Hämophilie und ihre Behandlung durch Rhodalzid. Dtsch. zahnärztl. Wochenschr. **16,** S. 65—66. 1913.

Bei Hämophilie verordnete Franke 8—14 Tage vor Ausführung einer notwendigen Zahnextraktion Rhodalcid (2—3mal täglich je eine Tablette). Die Blutung nach der Extraktion war gering und von kurzer Dauer. F. ließ Rhodalcid noch 1 Jahr lang weiter einnehmen, ohne unangenehme Nebenwirkungen zu beobachten. Das Allgemeinbefinden wurde im Gegenteil auffallend günstig beeinflußt. *Herda* (Berlin).

Yatsushiro, Toyoo, Experimentelle Studie über die Emigration von Leukocyten bei der Entzündung. ***(Pathol. Inst., Univ. Bonn.)*** **Frankfurter Zeitschr. f. Pathol.** **12,** S. 80—95. 1913.

Verf. hat an einer Reihe von Versuchen die Unhaltbarkeit der physikalischen Theorie der Leukocytenauswanderung dargetan und den Beweis erbracht, daß die Chemotaxis allein zur Erklärung dieser Erscheinung ausreicht. Auch die Annahme einer primären Gefäßschädigung konnte als unhaltbar nachgewiesen werden, und damit fiel auch die letzte Stütze der physikalischen Theorie.

Es gelang ihm, durch die Applikation eines nur chemotaktisch wirkenden Mittels, des Aleuronates, die Emigration weißer Blutkörperchen zu veranlassen und sie durch die ganze Dicke der Gefäßwand hindurch vom Venenlumen an bis in die Umgebung des Gefäßes zu verfolgen, ohne daß die Erscheinungen, die bei entzündlichen Vorgängen die Leukocytenauswanderung begleiten, aufgetreten wären. Bei diesen ist die Auswanderung immer mit Erweiterung der kleinen Venen und Capillaren und damit zusammenhängender Blutstromverlangsamung, mit Blutdrucksteigerung und Exsudation vergesellschaftet; bei den Versuchen des Verf. fehlten diese Erscheinungen, mit denen die physikalische Theorie die Emigration erklärt. Statt der bei der Entzündung regelmäßigen Erweiterung der Gefäße zeigte sich im Gegenteil die Venenwandung an der von dem Aleuronat berührten Stelle vielfach, wenn auch geringen Grades, kollabiert. Damit scheidet die Blutstromverlangsamung als kausales Moment für die Emigration von selbst aus. — Die Beschränkung der Leukocytenauswanderung auf die mit Aleuronat behandelten Bezirke ist ein Beleg dafür, daß hier nicht eine supponierte Blutdrucksteigerung als Ursache für die Emigration in Betracht kommen kann; denn eine Steigerung des Blut-

druckes auf so engumschriebenem Gebiet ist nach dem hydrodynamischen Gesetz undenkbar. In einer zweiten Reihe von Versuchen, bei denen Verf. auf das Aleuronat verzichtete und sich auf die Freilegung der Venenwand beschränkte, zeigten sich die analogen Erscheinungen der Emigration wieder; was noch mehr zugunsten der chemotaktischen Theorie insofern spricht, als hier von einer Beeinträchtigung der Blutzirkulation unmöglich gesprochen werden kann, während bei der ersten Versuchanordnung ein geringer Druck des Aleuronates auf die Venenwand und eine dadurch bedingte lokale Zirkulationsänderung immerhin im Bereich der Möglichkeit liegt. Endlich widersprach der Ausfall dieser Versuche noch der weiteren Theorie, daß ein Niederschlag von Fibrin an der Innenwand des Gefäßes der Auswanderung der Leukocyten vorausgehen müsse. Die Versuche wurden alle an einer größeren Bauchvene des Kaninchens angestellt und auf diese Weise die Möglichkeit der Leukocytenauswanderung auch aus größeren Gefäßen erwiesen. *Genewein* (München).

Gazzotti, Luigi Giovanni, Contributo sperimentale allo studio dell'infibulazione. (Experimentelle Studien zur Knochenbolzung.) (*Istit. di patol. spec. chirurg. dimostr., univ. Modena.*) Policlin., Sez. chirurg. **19,** S. 536—555. 1912, **20,** S.1—21. 1913.

Gazzotti hat unter aseptischen Kautelen aus frisch getöteten Kaninchen die distale Femur- und die proximale Tibia-Epiphyse entnommen und anderen Kaninchen in den entsprechenden resezierten und ausgehöhlten Markraum in zentraler Bolzung eingepflanzt. Es kamen die Verhältnisse an 33 Versuchstieren zur histologischen Untersuchung, die vom 2. Tage nach der Operation bis 15 Monate nach der Verpflanzung stattfand. G. kommt dabei zu Resultaten, die von jenen anderer Autoren (Axhausen, Barth, Frangenheim) nicht unwesentlich verschieden sind. Am aufnehmenden Knochen werden regressive Vorgänge (Nekrosen, Resorption) in bestimmter Anordnung beobachtet, andrerseits Neubildung von osteoidem und Knochengewebe, sowie endlich Nekrose und Resorption der überschüssigen neugebildeten Elemente. Am Implantat: Regressive Vorgänge bis zum vollständigen Verschwinden des eingepflanzten Knochenstückes. Inkonstante und geringe Proliferation von seiten der osteoblastischen Schichten mit beschränkter Bildung osteoiden und knöchernen Gewebes und endlich Nekrose und vollständige Resorption alles neugebildeten Materials. Letzteres als konstanter Ausgang aller Experimente. Niemals konnte G., im Gegensatze zu Axhausen und Barth, im Transplantat lebend gebliebene Knochensubstanz in der Nähe des Periostes finden. Das Zugrundegehen der Compacta des eingepflanzten Knochens ist auf die Unterbrechung der Zirkulation und der nervösen Verbindungen zurückzuführen. Im Gegensatz hierzu bleiben die weniger differenzierten Elemente des Periostes und Knochenmarkes lebens- und proliferationsfähig, durch den Saftstrom der Umgebung ernährt. G. kommt auf den von Axhausen erwähnten günstigen Einfluß der Längsschnitte in das Periost des Implantates zu sprechen, durch welche der Zutritt des Saftstromes erleichtert wird. Nach Analogie hierzu sollte man an der Compacta zuerst ein Zugrundegehen der Knochenzellen in der Tiefe erwarten. Das ist aber nicht der Fall, sondern die Nekrose schreitet von der äußeren und der inneren (dem Markraum zugekehrten) Oberfläche der Diaphyse ausgehend, in die Tiefe fort. Für das Zugrundegehen der neugebildeten Knochenelemente des Implantates können Zirkulationsstörungen nicht verantwortlich gemacht werden. Denn in den mikroskopischen Bildern, wenigstens der ersten Zeit, können so kräftige Verbindungen mit dem Gefäßsystem der Gewebe des aufnehmenden Knochens nachgewiesen werden, daß eine mehr als ausreichende Ernährung vorhanden sein müßte, zu welcher Zeit aber bereits regressive Vorgänge im neugebildeten Knochengewebe einsetzen. In einem späteren Zeitabschnitt hat sich allerdings das Mark in ausgewachsenes, gefäßarmes Bindegewebe umgewandelt und das ganze neugebildete Knochengewebe verfällt der Nekrose. Diese Sklerose des Muttergewebes kann somit nur die schließliche Veränderung, nicht aber die bereits in der früheren Zeit eintretenden regressiven Veränderungen der neugebildeten Knochenelemente beeinflußt haben. G. meint, daß für die Nekrose des neugeformten Knochengewebes hauptsächlich der Mangel des funktionellen Reizes in Betracht komme.

Wenn man die günstigen Einflüsse der Einpflanzung auf die osteoblastischen Elemente des aufnehmenden Knochens, also Fremdkörperreiz, Zuführung proliferationsfähiger osteoblastischer Substanz, Kalksalze und andere Zertrümmerungsprodukte des Implantates, gegen die ungünstigen abwägt, so zählt als letztere G. folgende auf: 1. Regressive Vorgänge am aufnehmenden Knochen (Nekrose und Resorption mit konstantem Sitz an der Diaphyse), die den günstigen, durch den Bolzen hervorgerufenen, osteoblastischen Reiz überwiegen. 2. Die Inkonstanz der Knochenbildung von Seite der spezifischen Elemente des eingepflanzten Knochens, sowie die Nekrose und schließliche vollständige Resorption derselben. Auf Grund seiner histologischen Ergebnisse glaubt G., bezüglich der Verwertbarkeit der Knocheneinpflanzung als Behandlungsmethode von Pseudarthrosen und Frakturen mit verzögerter Callusbildung, sagen

zu müssen: Daß bei Pseudarthrosen und bei verzögerter Callusbildung ungünstigere trophische Verhältnisse der Knochen vorliegen, als jene bei vollkommen gesunden Versuchstieren vorhanden sind; daß daher die regressiven Vorgänge im aufnehmenden Knochen noch stärker betont sein müssen als im Experiment. G. meint sonach, daß bei der Unsicherheit durch Bolzung eine Steigerung der osteoblastischen Reaktion des aufnehmenden Knochens zu erzielen, bei den gleichzeitigen regressiven Vorgängen in demselben, bei dem wahrscheinlich ungünstigen Einfluß blutiger Eingriffe auf die Konsolidierung von Frakturen überhaupt (Walther, Willems, Delbet usw.), endlich bei der vollständigen Resorption des Implantates und aller von ihm gebildeten Gewebselemente, der Wert der Implantationsmethode, für die Behandlung der Pseudarthrosen und der Frakturen mit verzögerter Callusbildung, wesentlich geringer eingeschätzt werden müsse, als es bisher der Fall war. *Wittek* (Graz).

Wieland, E., Über Rachitis und ihre Behandlung. Schweiz. Rundsch. f. Med. **13,** S. 313—340. 1913.

Wieland sieht als Ursache der spezifischen Knochenveränderungen bei der Rachitis die mangelhafte Kalkablagerung an und stellt die von Recklinghausen behauptete Halisterese in Frage. Die Myopathia rhachitica ist ebenfalls eine spezifische Erkrankung und besteht histologisch in einem Schwund des Kalibers der Muskelfasern und Vermehrung der Kerne bei deutlicherer Längsstreifung, ist also keine Inaktivitätsatrophie. Spezifisch ist ferner nach Marfan eine Knochenmarkshyperplasie. Ätiologisch stellt er in den Vordergrund neben einer Disposition im Sinne ererbter oder früh erworbener allgemeiner Schwächlichkeit des Individuums Schädigungen durch Mangel an frischer Luft und durch enges Zusammenleben. Er steht darin in Gegensatz zu Marfan, der in der Krankheit ein Symptom einer Erkrankung des gesamten hämatopoetischen Apparates sieht. Angeborene Rachitis bestreitet er. Größte Häufigkeit der floriden Erkankung ist am Ende des ersten Jahres. Stets an den Stellen des jeweils stärksten Wachstums ist die Rachitis am besten zu erkennen: im ersten Jahre am Schädel, später an Thorax, Wirbelsäule, Epiphysen der Röhrenknochen. Die Rachitis tarda betrachtet er als Exacerbation der latent gewordenen und gebliebenen Säuglinsrachitis. In therapeutischer Hinsicht bringt er nichts Neues; erwähnt sei jedoch der Hinweis, daß man vor absolut sicherer Ausheilung operative Behandlung der Verkrümmungen vermeiden soll. *Ernst Schultze* (Berlin).

Rathery, F., et L. Binet, Un cas d'exostoses ostéogéniques multiples. (Fall von mehrfachen osteogenen Exostosen.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris **29,** S. 326—333. 1913.

Souques, Barré, et Pasteur Vallery-Radot, Réaction de Wassermann dans la maladie osseuse de Paget. (Wassermannsche Reaktion und Pagets Knochenkrankheit.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris **35,** S. 206—211. 1913.

Die Verf. suchten der Frage über den Zusammenhang der Pagetschen Knochenerkrankung mit der Syphilis dadurch näher zu kommen, daß sie in 4 von ihnen beobachteten Fällen die Wassermannsche Reaktion anstellten; 2mal hatten sie positiven Ausfall. In der Literatur konnten sie bei weiteren 9 Fällen, die auf Wassermann geprüft waren, 3mal eine positive Reaktion finden. Sie fordern auf Grund dieser Feststellung auf, in Zukunft alle Fälle von Paget auf Syphilisreaktion zu prüfen, damit an der Hand einer großen Statistik eine Entscheidung hinsichtlich der Ätiologie herbeigeführt würde. *Ernst Schultze* (Berlin).

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Étienne, E., et A. Aimes, Phlegmon grave du membre supérieur. Exanthème infectieux scarlatiniforme. (Schwere Armphlegmone mit scharlachähnlichem, infektiösem Exanthem.) Progr. méd. **41,** S. 59—60. 1913.

Verff. beobachteten bei einem 6jährigen Mädchen im Anschlusse an eine oberflächliche Verletzung des kleinen Fingers eine rasch fortschreitende Phlegmone des Armes, die von einem

bald den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichtes überziehenden, erst masern-, dann scharlachähnlichen Ausschlag begleitet war. Dieser „chirurgische Scharlach" ist die Folge einer Streptokokkeninfektion, den man von medikamentösen Exanthemen unterscheiden muß. Als Behandlung empfehlen sie lokal: wiederholte Jodeinpinselungen, Bäder, Alkoholverbände, möglichst frühzeitige, ausgiebige Incisionen mit Eröffnung der Sehnenscheide schon vor dem Auftreten von Fluktuation; allgemein: Campher in hohen Dosen (20 ccm pro die), Serumeinspritzungen. Subcutane H_2O_2-Injektionen, zirkulär um den Arm, sollen das Weiterschreiten der Infektion erschweren. *Mettin* (Berlin).

Sabella, Pietro, La flebite nella febbre tifoide. (Die Venenentzündung beim Unterleibstyphus.) **Morgagni, P. 2, 55,** S. 97—108. 1913.

Die Arbeit stellt ein Übersichtsreferat über den jetzigen Stand der posttyphösen Venenentzündung dar. Allgemein steht fest, daß die Phlebitis durch Microorganismen hervorgerufen wird, die Meinungen gehen nur darin auseinander, ob es der Bacill. Eberth oder andere Bakterien, z. B. der Coli bacillus, strepto- oder staphylococcen sind, oder endlich ob die Toxine der Bakterien das schädliche Agens darstellen. Nach des Verf. Ansicht kommt der Bacill. Eberth als Erreger der Krankheit in Betracht. Die Phlebitis tritt im Stadium der Rekonvaleszenz auf, befällt meist die linke untere Extremität und hier gewöhnlich die Vena femoralis. Außer den bekannten Symptomen (Fieber, Schmerz, Schüttelfrost, Oedem) werden von einigen Autoren noch Kniegelenkserguß und Leukocytose als klinische Erscheinungen angegeben. Die Prognose ist im allgemeinen günstig, doch können chronisches Oedem des Beins, Arterienentzündung und endlich Embolie als Komplikationen eintreten. Die Behandlung soll die bekannte konservative sein, die von Robineau und Schlesinger vorgeschlagene doppelte Unterbindung des thrombosierten Gefäßes ist nach des Verf. Ansicht noch zu wenig erprobt, um empfohlen werden zu können. *Herhold* (Hannover).

Woodward, H. M. M., and K. B. Clarke, A case of infection in man by the bacterium prodigiosum. (Ein Fall von Infektion mit Bacterium prodigiosum beim Menschen.) (*King Edward VII. inst., Lewisham.*) Lancet **184,** S. 314—315. 1913.

24 jähriger Mann, welcher erblich nicht belastet und bisher im wesentlichen gesund gewesen war, erkrankte an chronischem Husten. In den Wintermonaten verschlimmerte sich der Husten; der Auswurf wurde dunkelfarbiger und reichlicher; auch trat Heiserkeit hinzu. Im Juni glaubte Pat. Blut im Auswurf zu bemerken und wandte sich deshalb an einen Arzt. Verff. untersuchten das vom Arzt zur Prüfung auf Tuberkulose eingesandte Sputum mehrmals im Verlaufe einiger Wochen. Das Sputum war flüssig, stinkend und von blaßroter Farbe („pink"). Niemals fanden sich Tuberkelbacillen oder rote und weiße Blutkörperchen. Stets ließ sich aus dem Sputum das Bacterium prodigiosum züchten, und zwar in typischem Charakter: Kurzes, abgerundetes, kokkenähnliches, bewegliches, gramnegatives Stäbchen, Verflüssigung von Gelatine in 24 Stunden, Gerinnung der Milch in 12 Stunden mit saurer Reaktion, Vergären von Lactose, Glucose und Mannit, Bildung von mehr oder weniger rotem Farbstoff auf Agar und von blutrotem Farbstoff auf Kartoffel, fischartiger Geruch und Fluorescenz. Bisweilen waren jedoch die Kolonien weiß. Den Grund für die verschiedene Farbstoffbildung zu ermitteln gelang Verff. nicht; hinsichtlich ihrer diesbezüglichen Untersuchungen im allgemeinen und für den vorliegenden Fall im besonderen muß mangels klinischer Wichtigkeit auf das Original verwiesen werden. Neben Bacterium prodigiosum fanden sich: Bacillus mesentericus, Strepto- und Staphylococcus, Mikrococcus catarrhalis. Unter Kontrolle des opsonischen Index wurde Vaccine eingespritzt, im ganzen 8 mal in Zwischenräumen von je 1 Woche von 1 Million anfangend bis zur Höchstdosis von 80 Millionen. Jedesmal zeigte der opsonische Index eine leichte negative Phase und eine darauffolgende Steigung. Nach den zwei ersten Einspritzungen verschwand die rote Farbe aus dem Sputum, um nur noch 2 mal für kurze Zeit während der negativen Phase aufzutreten. Der Pat. erholte sich; Husten und Heiserkeit verlor sich; außer einer leichten Verdichtung der unteren Partie der rechten Lunge im Röntgenbild ließ sich ein krankhafter Befund nicht erheben. Verff. halten im vorliegenden Falle auf Grund der Tatsache, daß niemals Tuberkelbacillen oder Blutelemente gefunden wurden, stets aber Bacterium prodigiosum sich züchten ließ, im Verein mit dem Fehlen jeglicher Anhaltspunkte für Bluthusten- oder Blutbrechen eine Infektion mit Bacterium prodigiosum für erwiesen. *Sonntag* (Leipzig).

Ménard, V., Introduction à l'étude des ostéo-arthrites tuberculeuses. (Einführung in das Studium der Knochen- und Gelenktuberkulose.) **Gaz. d. hôp. 86,** S. 165—169 u. 181—184. 1913.

M. betont, daß die Heilung tuberkulöser Herde stets mehrere Jahre erfordert.

Verf. urteilt auf Grund des sehr großen Materials an Kindertuberkulose, welches die Pariser Assistance publique in einem glänzend eingerichteten Seespital in Berc surmer zur Behandlung bringt. Die Erfolge sind günstig, weil die Kindertuberkulose auch trotz mehrfacher Herde an sich Tendenz zur Ausheilung zeigt, im Gegensatz zur Erkrankung der Erwachsenen oder gar der alten Leute. Ménard hält sehr wenig von der aktiven Therapie; Punktion, Einspritzungen, kleinere operative Eingriffe mögen in speziellen Fällen angezeigt und zweckmäßig sein; im ganzen können sie den natürlichen Krankheitsverlauf nur wenig beeinflussen und kaum abkürzen. Viel wichtiger ist die absolute Ruhe des erkrankten Gliedes. Immobilisation durch Verbände, in noch höherem Grade die Umstimmung des gesamten Stoffwechsels, welcher bei langdauerndem Aufenthalt in solchen, dem Licht und der Seeluft weit offenen Spitälern eintritt. Die kranken Großstadtkinder kommen hier in eine neue glückliche Sphäre, genießen die klimatischen Vorteile, saubere Wartung, zweckmäßige Kost. Unter diesen Einflüssen und einer entsprechenden orthopädischen Behandlung findet die Tuberkulose mit der Zeit von selbst den Weg zur Ausheilung. *Hotz* (Würzburg).

Stoney, Atkinson, A year's experience of dioradin in surgical tuberculosis. (Einjährige Erfahrung mit Dioradin bei chirurgischer Tuberkulose.) Brit. med. journal **2718,** S. 215—218. 1913.

Verf. hat 28 Fälle von chirurgischer Tuberkulose mit ein- oder mehrmaligen Dioradin-Injektionskuren behandelt. Davon werden 11 Fälle als geheilt, 7 als erheblich gebessert, 4 als gebessert und 6 als nicht gebessert bezeichnet; 2 starben nach anfänglicher Besserung an tuberkulöser Meningitis bzw. akuter Nephritis. Die nicht gebesserten waren sämtlich sehr schwere, weit vorgeschrittene Fälle mit Ausnahme einer Epididymitis tub., die als Versager der Methode gelten muß. Verf. hält die Dioradinbehandlung für eine ziemlich sichere und meist schnell zum Ziele führende Behandlungsmethode für chirurgische Tuberkulose. Neben ihr ist die sonstige Allgemein- und Lokalbehandlung nicht außer Acht zu lassen. Abscesse sind zu eröffnen und heilen schnell unter Dioradinbehandlung. Selbst bei septisch infizierten Tuberkulosen fällt meist die Temperatur rasch ab, Allgemeinbefinden, Appetit und Gewicht heben sich und Heilung tritt ein. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Die Injektionen können intramuskulär oder auch subcutan gegeben werden. Nierenerkrankungen geben keine Kontraindikation ab, doch sind die Injektionen nur jeden 2. Tag zu machen. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Lance, M., Le mode d'action des injections modificatrices dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. (Über die Wirkungsweise der „umstimmenden" Einspritzungen in der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose.) Gaz. d. hôp. **86,** S. 169—172. 1913.

Referat über die Entwicklung der Ferment-Trypsin-Jodoformbehandlung tuberkulöser Herde auf Grund der bekannten Untersuchungen von Jochmann, Müller, Peiser, Heile, Baetzner, Chiarolanza u. a. Gute Literaturangabe. Keine neuen Ergebnisse. *Hotz* (Würzburg).

Brocq, L., et L.-M. Pautrier, L'angio-lupoide. (Das Angiolupoid.) Ann. de dermatol. et de syphiligr. **4,** S. 1—16. 1913.

Beschreibung von 6 Fällen, sämtliche bei Frauen in den vierziger Jahren. Das Charakteristische der Erkrankung sind runde oder ovale Plaques, meist in der Nasenwangenfalte unter dem inneren Augenwinkel lokalisiert, eben oder nur wenig über das Niveau vorspringend, von veilchenblauer Farbe mit glatter dünner Haut ohne Atrophie und ohne Schuppen. Die Plaques entwickeln sich langsam, sind indolent und torpide, das Erythem derselben verschwindet auf Druck völlig. Histologisch besteht Ähnlichkeit mit Lupus tumidus non exedens und dem tuberösen Sarcoid von Boeck. Im Gewebschnitt keine Tuberkelbacillen, auch der Tierversuch in dieser Beziehung bleibt negativ. Behandlung mit Scarifikation, Elektrolyse und Röntgen. *Kalb* (Stettin).

Geschwülste:

Rapp, Heinrich, Was beeinflußt die Übertragbarkeit von Mäusetumoren? (*Inst. f. Krebsforsch., Heidelberg.*) Zeitschr. f. Krebsforsch. **12**, S. 489—505. 1913.

Spontantumoren sind ungleich schlechter verimpfbar als Impftumoren; hämorrhagische Geschwülste geben die schlechteste Ausbeute. Bei niederen Temperaturen konserviert, kann das Impfmaterial sehr lange transplantabel erhalten werden. Die Rasse und das Geschlecht der Tiere scheint nicht so sehr bedeutungsvoll zu sein, dagegen eignen sich jüngere Tiere besser als alte. Die Injektion von Tumoremulsionen und die Stückmethode ergeben gute Resultate bei mehr oder weniger periodisch schwankender Ausbeute. Der Ausbeute des Vorversuchs entspricht im allgemeinen diejenige des Hauptversuches. *Kreuter* (Erlangen).

Strauch, Friedrich Wilhelm, Übertragungsversuche von Mäusecarcinom auf Kaninchen. (*Städt. Krankenh., Altona.*) Zeitschr. f. Krebsforsch. **12,** S. 577—582. 1913.

Strauch konnte zweimal das gutartige Mäusecarcinom auf Kaninchen übertragen mit sehr großer Ausbeute (unter 9 Impfungen nur 2 Versager). Der überimpfte Tumor bekam malignen Charakter, der sich bei der Passage steigerte, aber dabei die Virulenz gegenüber der Maus ganz einbüßte. *Kreuter* (Erlangen).

Kafemann, Die nichtoperative Behandlung des Krebses nach den Grundsätzen des Heidelberger Samariterhauses. Med. Klinik **9**, S. 161—166. 1913.

Auf Grund seiner Studien im Heidelberger Samariterhause und eigener Erfahrungen gibt Verf. eine Übersicht über den gegenwärtigen Stand der nichtoperativen Behandlungsmethoden. Unter den chemisch ätzenden Verfahren wird das Zellersche besonders hervorgehoben. Die überraschende Wirkung der Arsen-Zinnoberpaste auf oberflächliche Tumoren, Carcinome, Sarkome, Lupocarcinome wird anerkannt, dagegen teilt der Autor durchaus nicht den Optimismus Zellers, auch tiefsitzende Geschwülste auf diesem Wege zu heilen, und weist auf die Gefahren lebensbedrohender Blutungen infolge Gefäßarrosion durch dieses wahllos die Gewebe zerstörende Mittel hin. Die Kieselsäurebehandlung hat bisher keine bemerkenswerten Resultate ergeben, ebensowenig die Toxintherapie, in der sich das ältere Coleysche Streptokokkentoxin noch am besten bewährte, aber der gefährlichen Nebenwirkungen wegen wieder verlassen wurde. Als gänzlich wirkungslos wird das Antimeristem bezeichnet, sowohl das Doyensche wie das Schmidtsche. Noch im steten Ausbau begriffen, aber schon sehr vielversprechend ist die Chemotherapie, zu der Wassermanns Seleneosinbehandlung der Mäusecarcinome den Grundstein legte. Die Cholin-Selenvanadiumtherapie wird eingehender geschildert. Auch Salvarsan soll, namentlich bei Sarkomen, Heilerfolge gezeigt haben. Eine Kombination von stärkster Radiotherapie mit Salvarsan, Cholin-Selenvanadium und Thorium X hält Verf. für so vielversprechend, daß er eine operative Entfernung wichtiger Teile des Organismus nur in dringlichen Fällen ohne vorherige Anwendung derselben vorgenommen sehen möchte. Unter den physikalischen Heilmethoden hat die Röntgenstrahlenbehandlung weder allein noch in Verbindung mit Injektionen von Adrenalin oder fluorescierenden Substanzen die optimistischen Erwartungen erfüllt, ebensowenig wie ihre Kombination mit Kurzfunkenreizung oder mit Hochfrequenzströmen. Sie sowohl wie die Radium- und die vielfach noch wirksamere Mesothoriumtherapie sind wohl bei oberflächlichen und bei vorgelagerten Tumoren in vielen Fällen wirksam, dagegen versagen sie so gut wie ganz bei tiefsitzenden Geschwülsten. Die intravenöse und intratumorale Behandlung endlich mit Thorium X soll manche guten Erfolge aufzuweisen haben, ist jedoch nicht indifferent. Zum Schluß wird der Frühoperation nach wie vor der erste Platz in der Krebsbehandlung angewiesen, im Versagungsfalle und kombiniert mit ihr aber die operationslose Behandlung nach der jeweils geeigneten Methode in jedem Falle verlangt. *Hochheimer* (Berlin-Schöneberg).

Gould, Sir, Alfred Pearce, The Purvis lecture on the treatment of inoperable cancer. (Therapie inoperabler Carcinome.) Lancet **184,** S. **215—219. 1913.**

Auf Grund langjähriger Erfahrung als Leiter der Carcinomabteilung des Middlesexhospitals betont Gould die Notwendigkeit körperlicher und geistiger Ruhe für unheilbare Krebskranke, die sich unter dem Einflusse guter Krankenhauspflege erholen und lange Zeit recht wohl fühlen. Peinliche Sauberhaltung und geeignete Diät ist ebenso von wohltätigem Einflusse. Alkohol und Morphiuminjektionen sind zu meiden, Stuhlgang ist nach Möglichkeit zu regeln. Von Palliativoperationen ist Gastrostomie, Kolostomie, Cystostomie, Gastroenterostomie, Neurektomie bei Druck auf den Plexus brachialis und Excision unter Diathermie in den entsprechenden Fällen von günstigem Einfluß. Röntgen- und Radiumbestrahlung lassen recht befriedigende Erfolge erhoffen, wobei es sich oft zeigt, daß Fälle, die gegen die eine Bestrahlung refraktär sind, durch eine weitere Behandlung mit den anderen Strahlen geheilt werden können. *Strauß* (Nürnberg).

Gaskill, Henry Kennedy, Melanotic sarcomas resulting from irritation of pigmented nevi. (Melanotische Sarkome, entstanden durch Reizung von Pigmentnaevi.)Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 341—344. 1913.

Kasuistische Mitteilung.

Verletzungen:

Dollinger, Béla, Reposition der Bruchenden unter dem Röntgenschirme in Lokalanästhesie. Sitzungsbericht des Budapester königl. Ärztevereins **2,** S. 66—67. 1913. (Ungarisch.)

Bericht über Reposition der Bruchenden einer Unterschenkelfraktur auf dem Trochoskoptisch in Lokalanästhesie mit Novocain und Empfehlung dieses 1909 von Conwey, Reclus und Quénu empfohlenen Verfahrens. *B. Dollinger* (Budapest).

Kriegschiurgie:

Hammer, Die erste Wundversorgung im Felde. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. **42,** S. 81—103. 1913.

Die Arbeit berichtet unter Berücksichtigung der in der Beilage XII der preußischen Kriegssanitätsordnung enthaltenen etatsmäßigen Hilfsmittel in Form von Leitsätzen und schematischen Hinweisen über unsere Aufgaben auf dem heutigen Kriegsschauplatz. Die Forderungen entsprechen im allgemeinen den im russisch-japanischen Krieg geübten Behandlungsmaximen. Verboten ist jede Untersuchung mit der Sonde oder mit dem Finger, alles Spülen, Auswaschen, Desinfizieren der Wunde, das Suchen nach der Kugel, unnötiger Verbandwechsel, primäre Naht. In der Diagnosenstellung sind die einfachsten den Verwundeten möglichst wenig belästigenden Untersuchungsmethoden zu wählen. Zur Stillung des Wundschmerzes dienen Morphium und Ruhigstellung der Glieder, bei der Operation neben der Lokalanästhesie mit Novocain, Suprarenin, welches ausschließlich in Form von trockenem Pulver mitgeführt wird, Chloroform, welches zur Allgemeinnarkose allein zur Verfügung steht. Der Wundshock wird mit Morphium und Coffein bekämpft. Wunde, Wundumgebung und Verbandzeug ist grundsätzlich nur mit der Pincette zu berühren; zur Desinfektion dient Jodtinktur nach Grossich, zur Wundversorgung Perubalsam. Bei blutungsverdächtigen verbundenen Wunden ist auf dem Täfelchen der Vermerk „Achtung Blutungsgefahr!" anzubringen. Verletzte Gelenke und Knochen sind einzugipsen unter ausgiebiger Zuhilfenahme der Improvisationstechnik. Zur Amputation wähle man ausschließlich das Verfahren nach Bunge. Der Bauchverletzte erhält 30 Tropfen Opiumtinktur und eine Morphiumeinspritzung; man lasse ihn außerdem 3 Tage hungern. Die Laparotomie ist grundsätzlich kontraindiziert. Kochsalzinfusionen kommen erst im Feldlazarett in Frage. *Kayser* (Cöln).

Antoniu, J., L'antisepsie sur le champ de bataille. (Die Antisepsis auf dem Schlachtfelde.) Caducée **13,** S. 33. 1913.

Zur weiteren Förderung der Antisepsis auf dem Schlachtfeld empfiehlt Verf. außer Verbandpäckchen, die jeder Mann und Offizier mit sich trägt, das Sanitätspersonal mit kleinen Tropfflaschen mit Jodtinktur auszurüsten. — Durch das Auftropfen der Jodtinktur auf die Umgebung der Wunde fällt der Gebrauch von Watte weg, und der Verband kann gleich nach dem Tropfen aufgelegt werden. *Kaerger* (Berlin).

Heyrovsky, Hans, Chirurgische Erfahrungen aus dem bulgarisch-türkischen Krieg. (*II. chirurg. Klinik, Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. **26,** S. 205—206. **1913.**

Verf. berichtet über seine Tätigkeit im Dienste des roten Kreuzes im Spital in Philippopel, welches anfangs als Evakuationsspital, später zur stationären Behandlung

benutzt wurde. Von den 300 Behandelten waren 161 durch das Infanteriegeschoß, 108 durch Artilleriegeschosse, 22 durch stumpfe Gewalt, 5 durch Bajonettstiche, 2 durch Säbelhiebe verletzt; unter ihnen fanden sich 22 penetrierende Thoraxschüsse, 9 penetrierende Bauchschüsse, 4 penetrierende Schädelschüsse, 4 Rückenmarksschüsse, 85 Schußfrakturen (darunter 40 Schußfrakturen der Diaphysen der langen Röhrenknochen), 17 Schußverletzungen der Epiphysen und der großen Gelenke. — Die Verletzten kamen ohne regelrechte Fixation der Schußfrakturen, vielfach mit verschobenen Verbänden (in keinem Falle war das Verbandpäckchen benutzt); die Wunden waren meist sondiert und tamponiert. Der Transport war meist sehr langsam erfolgt (230 km in 10 Tagen!). Darin liegt die Erklärung für den ungünstigen Verlauf der Schußfrakturen, von denen 48% vereiterten. Die durch das türkische S-Geschoß geschlagenen Weichteilwunden waren meist harmlos.

Gefäße: 4 Fälle von Gangrän nach Schußverletzung der A. poplitea, 2 Fälle von Aneurysma spurium der A. femoralis, 1 Fall von Aneurysma spurium der A. subclavia. Nerven: der N. radialis in 3, der N. ulnaris in 2 Fällen, der N. accessorius in 1 Fall. Thorax: 22 penetrierende Schüsse; 19 primär geheilt; 2 Fälle durch einen Pneumothorax, 1 Fall durch Empyem kompliziert. Bauchverletzungen: von 9 penetrierenden Schüssen heilten 7 unter konservativer Behandlung komplikationslos, 2 starben an diffuser Peritonitis. Schädel: von 4 infizierten Fällen heilte nur einer durch Eröffnung eines faustgroßen Hirnabscesses. Schußfrakturen (79% durch das Mantelgeschoß, 21% durch Shrapnellkugeln): 15 Frakturen des Humerus, 11 Frakturen des Femur, 7 der Unterarmknochen. Von den Mantelgeschoßfrakturen vereiterten 63%, von den Shrapnellverletzungen 42%. Steck- und Durchschuß ohne Unterschied. Gute (zahlenmäßig nicht belegte) Erfolge durch konservative Behandlung. Bei den Absetzungen bewährte sich besonders die lineäre Amputation nach Kausch. Gelenke: 17 Fälle; 3 vereiterte heilten mit Incisionen und Drainage aus. *Kayser* (Cöln).

Legrand, Les premiers enseignements de la guerre balkanique. (Die ersten Lehren des Balkankrieges.) Caducée **13,** S. 33—34. 1913.

Nach einem vom Professor Lefort aus Lille, welcher den serbisch-bulgarischen Teil des Kriegsschauplatzes bereist hat, am 8. Januar in Paris gehaltenen Vortrage vom Verf., einem französischen Oberstabsarzte, zusammengestellt. Hinweis auf die große Mortalität auf dem Schlachtfelde, die bei einigen bulgarischen Kompagnien bis 42%, bei einigen türkischen Kontingenten bis 50% der Iststärke betragen hat. Die Hauptursache dafür liegt in den Gefahren des sehr häufigen Sturmangriffs und Nahkampfes und der dabei bedingten Explosivwirkung der modernen Gewehre. Gute Prognose der Gewehrschüsse infolge des kleinen Kalibers, am gefährlichsten sind Schädelverletzungen. Die Hauptzahl der Verwundungen sind durch Gewehrschüsse bedingt, weniger durch Artilleriegeschosse; schlechte Prognose der Verwundungen durch Shrapnelkugeln. Schwer und meistens tödlich sind die Verletzungen mit der blanken Waffe. Die erste Hilfeleistung auf dem Schlachtfelde muß sehr enthaltsam sein, Jodtinktur und trockener Verband wurden allgemein angewandt. Betreffs des Transportes der Verwundeten vom Schlachtfelde tritt Verf. für denselben ein; die Gefahren des Transportes sind gering anzuschlagen gegenüber der besseren Unterbringung, Pflege und Hilfeleistung ist in festen Lazaretten. Hinweis auf den erscheinenden Bericht des Professors Lefort. *Kaerger* (Berlin).

Frisch, Otto v., Kriegschirurgische Erfahrungen aus Sofia. Wien. klin. Wochenschr. **26,** S. 206—209. 1913.

Verf. hat im Dienste des österreichischen roten Kreuzes in Sofia 900 Verletzte behandelt. Sie gingen in Schüben von 20 bis 150, zumeist nachts, in sehr ermattetem Zustand zu. Viele fieberten hoch. Bei Lösung des meist lange Zeit liegenden Verbandes ergoß sich oft explosionsartig der Eiter aus den Wunden. Keine Fraktur war geschient, fast die Hälfte der Frakturen war schwer infiziert. Auffallend war die außerordentlich große Widerstandsfähigkeit der Bulgaren, welche auch in dem mehrfach beobachteten ‚Totstellen' zum Ausdruck kam. So stellte sich ein auf dem Bauche liegender Verletzter tot, als der Feind sich seine Trophäe holte, d. h. ihm beide Ohren abschnitt. Die Verletzungen verteilten sich auf Gewehr:

Shrapnel.: Granate = 10 : 2 : 1. Entsprechend der Position des im Anschlag liegenden Schützen wurden besonders viele Verletzungen der linken Hand, des linken Ellenbogens, der rechten Schulter und des rechten Oberarmes beobachtet. Shrapnelkugeln hatten wiederholt Thorax und Bauch glatt durchschlagen. Als Folge von Granatkontusionen („Luftstreifschüssen") zeigten sich vorübergehende Lähmungen, Empfindlichkeit und Steifheit der ganzen Wirbelsäule, Nierenblutungen, Hämatothorax. Von größter Bedeutung ist in dem chirurgischen Massenbetrieb eine sorgfältig durchgeführte Temperaturmessung, um so mehr als durchschnittlich von 3 Verletzten einer infiziert ist. Wenn auch hohe Temperaturen spontan zurückgehen können, so bestand die operative Tätigkeit doch hauptsächlich in der Incision tiefer Phlegmonen, welche immer wiederholten Verbandwechsel notwendig machten (in 2 Monaten wurden 42 000 Kalikotbinden verbraucht!) Pyocyaneuseiterungen heilten ohne Komplikation aus. Von 108 Schußfrakturen wurden nur 6 amputiert. Die Gesamtmortalität betrug 4 Fälle. Die schwierige Diagnose der Aneurysmen, welche meist durch Steckschüsse hervorgerufen werden, basiert bei fehlender Pulsation oft lediglich auf Größerwerden der Schwellung und Auftreten heftiger Schmerzen. Stets ist operativ vorzugehen. Man operiert am zweckmäßigsten nach Ausbildung der Kollateralen in der 4. bis 5. Woche. Unter Benutzung der Esmarchschen Blutleere schneidet man direkt auf den Sack ein und unterbindet die von innen her bloßgelegte Arterie, sofern eine Naht unmöglich ist, doppelt; ist Blutleere nicht anwendbar, so legt man die Arterie oberhalb des Sacks in typischer Weise frei und klemmt sie zunächst ev. nur provisorisch ab. Das gleichzeitige Abklemmen der Vene ist zwecks Vermeidung einer Luftembolie zu empfehlen. Von 16 Schußverletzungen größerer Gefäße wurden 15 mit Unterbindung der Schlagader operiert; in keinem Falle wurde auch nur die geringste Ernährungsstörung gesehen. Als wichtigste Erfahrung auf dem Kriegsschauplatz spricht Verf. die Tatsache an, „daß eine infizierte Schußverletzung, auch wenn der Verwundete fiebert, deshalb noch lange nicht operiert werden muß". *Kayser* (Cöln).

Colmers, Erfahrungen aus dem Spital in Sofia. (Bericht in der k. k. Gesellschaft d. Ärzte in Wien v. 24. I. 1913.) Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 398—399. 1913.

Colmers betont die Schwierigkeit der Diagnose der Schußverletzung der Gefäße: der Puls ist oft vorhanden; mitunter kommt es erst nach Tagen und Wochen, häufig unter dem Bild eines Abscesses, zur Aneurysmabildung. In 2 Fällen (A. iliaca und poplitea) hat C. die Arteriennaht ausgeführt. Von 12 Tangentialschüssen des Schädels starben 7. Diese Schüsse sollen in einem guten Spital sobald als irgend möglich operiert werden; bei den übrigen Schädelschüssen geht man nur wegen Blutung oder Infektion operativ vor. Bei den Schußfrakturen, welche häufig vereitert zugingen, mußten wiederholt Sequestrotomien vorgenommen werden. Vor Incision und Tamponade der Schußwunden ist dringend zu warnen. Die ärztliche Verwundetenfürsorge in den ersten Linien war im allgemeinen schlecht: unter 648 Ärzten befanden sich nur 10 spezialistisch ausgebildete Chirurgen (Bulgarien hat keine Universität); manches Regiment hatte überhaupt keinen Arzt. Die auf Stroh ohne Decken auf Ochsenwagen zusammengepfercht liegenden Verwundeten wurden in sehr langsamem Tempo dem Spital oder der Eisenbahnstation zugeführt, so daß ein großer Teil auf dem Transport zugrunde ging. *Kayser* (Cöln).

Cadenat, F. M., La croix-rouge à Sofia. (Das rote Kreuz in Sofia.) Presse méd. **21,** S. 141—142. 1913.

Professor Cadenat berichtet über seine ärztliche Tätigkeit an etwa 500 Verwundeten, die er in der vom roten Kreuz zu einem guten Hospital eingerichteten französischen Schule in Sofia behandelt hat. Schilderung der Leiden der Verwundeten auf den langen Transporten (14—20 Tage) und des Zustandes bei der Ankunft. Hervorheben der dringenden Notwendigkeit der Ruhe für die Verwundeten nach der Einlieferung und Verschieben der chirurgischen Eingriffe bis zum anderen Morgen; angeblich

dadurch viel bessere Erfolge als deutsche Chirurgen, welche gleich operierten. Kurzer, allgemein gehaltener Überblick über Art und Verlauf der Verwundungen, hauptsächlich komplizierte, infizierte Frakturen, die vorwiegend konservativ behandelt werden konnten. Das spitze türkische Geschoß macht leichtere Verletzungen als das bulgarische mit runder Spitze; auch hier Shrapnelverletzungen schwerer als Gewehrschüsse. *Kaerger* (Berlin).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Thomas, G. J., An apparatus for the injection and lavage of the pelves of the kidneys and the ureters. (Ein Apparat zur Injektion und Spülung des Nierenbeckens und des Ureters.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 184. 1913.

Wenn man zur Füllung des Nierenbeckens eine Spritze oder einen ähnlichen Apparat benutzt, mit dem man unter Druck die betreffende Flüssigkeit in das Nierenbecken hineinspritzt, so besteht immer die Gefahr der Überdehnung des Nierenbeckens, demzufolge Gefahr des Einreißens oder mindestens schmerzhafte Koliken. Diese Erwägungen haben Thomas veranlaßt, einen Apparat zu konstruieren, mit dem es möglich ist, das Nierenbecken gründlich zu durchspülen ohne diese unangenehmen Nebenerscheinungen. Dieser Apparat besteht aus einem herausziehbaren Irrigatorständer, der oben einen Kreuzarm hat. Auf jeder Seite wird in der Höhe verstellbar je eine 50 ccm fassende Bürette angeschraubt, die an ihrem unteren Ende mit einem Ypsilonrohr verbunden ist. An jedem Schenkel dieses Rohres wird ein langer Schlauch befestigt, durch den die Lösung in den Katheter einläuft. Will man bei der Pyelographie das Kolloid wieder aus der Niere herausziehen, so läßt man die nichtbenutzte Flüssigkeit durch den zweiten Schenkel des Ypsilonrohres ablaufen und kann nun durch Senken der Bürette das Silber durch Heberwirkung wieder aus dem Nierenbecken entfernen. Die Vorteile des Apparates, der bisher in 50 Fällen in der Klinik Mayos in Rochester mit gutem Erfolg angewandt wurde, sind folgende: 1. Die Entfaltung des Nierenbeckens durch injizierte Flüssigkeiten kann ausgeführt werden, ohne Koliken zu verursachen. 2. Die Pyelographie kann gemacht werden, während das Nierenbecken unter konstantem Druck der laufenden Flüssigkeit steht, und der Untersucher braucht sich dabei nicht den Röntgenstrahlen auszusetzen. 3. Das Kolloidsilber kann sofort nach der Aufnahme wieder ausgehebert werden. 4. Man kann damit sehr gut langsame und längerdauernde Nierenbeckenspülungen ausführen. *Kotzenberg* (Hamburg).

Radiologie:

Barling, Gilbert, Radiography from the surgeon's point of view. (Die Röntgenuntersuchung vom chirurgischen Gesichtspunkt.) Arch. of the Roentgen ray **17,** S. 331—341. 1913.

Fränkel, Manfred, Die Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. **19,** S. 412—422. 1913.

Bei der Beantwortung der Umfrage über die Behandlung von Frauenleiden mit Röntgenstrahlen warnt Fränkel dringend vor Anwendung von enorm hoch gesteigerten Dosen wegen der dabei auftretenden Blasen- und Darmstörungen und Verwachsungen im Becken; diese werden vermieden bei kleinen Einzeldosen, da das Gewebe sich (im Gegensatz zu den sehr empfindlichen Ovarialfollikeln) in den Zwischenpausen erholen kann. F. hat nach seiner Methode in zwei Drittel seiner ca. 280 Myomfälle Erfolge erzielt. F. hat schon von Beginn an die Behandlung mit Röntgenstrahlen auch auf alle anderen gynäkologischen Blutungen mit Erfolg erweitert und die Methode zur dauernden oder zeitweisen Verhütung der Gravidität bei Psychischkranken, Lungen-, Nieren- und Herzleiden, sowie Lues verwandt, wovon er sich besonders für die Zukunft viel verspricht. 4 mal wurden auch chronische Bauchfelltuberkulosen mit Verwachsungen mit Röntgenstrahlen erfolgreich behandelt, wenn auch völlige Heilung nicht erzielt werden konnte. Die betreffenden Apparate und ihre Anwendung werden genau beschrieben. *Thiemann* (Jena).

Köhler, Alban, Zu Technik und Erfolgen der gynäkologischen Röntgentherapie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. **19,** S. 408—411. 1913.

In seiner Antwort auf die Rundfrage Albers-Schönbergs gibt Köhler Bericht über seine Erfahrungen und Erfolge bei Myomen. Genaue Angabe der Technik.

Es wurden 26 Myomfälle behandelt; bei 50% wurde vollständiges Aufhören der Blutung, bei der anderen Hälfte Oligomenorrhöe erzielt; eine Verkleinerung der Myome ließ sich bei 30% nachweisen. K. ist ein entschiedener Gegner der radikalen Methode, die in einer oder ein paar Sitzungen gleich Dauerresultate erzielen will. Zur Erklärung dieses Standpunktes weist er auf die Tierexperimente hin, die beweisen, daß z. B. die Magen-Darmschleimhaut durch intensive Röntgenbestrahlung hochgradig und dauernd alteriert wird. Auch durch kleinere Dosen tritt eine Schädigung ein; doch ist sie dann nicht irreparabel, sondern das Epithel erholt sich in den Pausen wieder zur Norm, während die höchstradiosensiblen Ovarialfollikel auch durch kleinere Dosen dauernd geschädigt bleiben. *Thiemann* (Jena).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Aizner, Zur Ptosisoperation mit freier Fascientransplantation. Zentralbl. f. Chirurg. 40, S. 153—155. 1913.

Bei einem 30jährigen Schutzmann wurde zur Beseitigung einer Ptosis des linken oberen Augenlides die freie Fascienplastik angewandt. Die Vereinigung des dem Oberschenkel entnommenen Fascienlappens mit dem oberen Tarsusrand und dem Musculus frontalis gelang mit Unterminierung der Haut von einem Schnitt aus. Der Erfolg war zunächst nicht gut, so daß schon an eine Korrektur gedacht wurde. $^1/_2$ Jahr nach der Operation aber zeigte es sich, daß die linke Lidspalte größer war als die rechte und daß das obere Augenlid nicht ganz geschlossen werden konnte. Diese Änderung war zurückzuführen auf eine Schrumpfung des Fascienstreifens, der beim Schluß des Auges deutlich als stark gespannter Strang fühlbar war. Dieser Fall zeigt, daß die überpflanzte Fascie Neigung zur Schrumpfung hat und daß man mit einer solchen gegebenenfalls rechnen muß. *Hohmeier* (Marburg).

Wolff, Siegfried, Postdiphtherische Facialislähmung. Jahrb. f. Kinderheilk. 77, S. 194—196. 1913.

Empfehlung der Behandlung postdiphtherischer Lähmungen durch Anwendung hoher Serumdosen — z. B. Heilung eines $3^1/_2$ Monate alten Säuglings mit 12 000 IE. — intramuskulär, intralumbal oder perineural. *Schlender* (Ostrowo).

Hirnhäute, Gehirn:

Lube, F., Über epileptiforme Anfälle nach Salvarsan. (*Herzogl. Krankenh., Braunschweig.*) Dermatol. Zeitschr. 20, S. 8—33. 1913.

Lube berichtet über einen der merkwürdigen Salvarsantodesfälle, bei dem heftige epileptiforme Krämpfe des ganzen Körpers dem Exitus vorangingen. Ein Fehler in der Salvarsananwendung lag nicht vor. Anatomisch fanden sich nur hyperämische Herde im Gehirn mit Ödem der weichen Häute. Einstweilen wird man diese glücklicherweise seltenen Beobachtungen nur durch die Annahme einer Arsenidiosynkrasie verstehen können. *Linser* (Tübingen).

Morestin, H., Plaie de la tête par coup de feu. Blessure du sinus longitudinal supérieur au voisinage immédiat du pressoir d'Hérophile. Écoulement tardif du liquide céphalo-rachidien. (Kopfschuß. Verletzung des Sin. longitudinalis sup. dicht am confluens sinuum mit nachfolgender Liquorfistel.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris 39, S. 179—186. 1913.

Bei Untersuchung des dicht über und neben der Protuberantia occip. externa sitzenden Einschusses nach Entfernung eines Blutgerinnsels plötzlich beträchtliche Blutung aus dem angeschossenen Längsblutleiter, die sich nach Erweiterung des Knocheneinschusses indessen verhältnismäßig leicht durch Tamponade stillen ließ. Eine 25 Tage nach der Verletzung auftretende stark sezernierende Liquorfistel beeinträchtigte trotz mehrwöchiger Dauer das Allgemeinbefinden ebensowenig, wie die im l. Kleinhirn nachweisbare Revolverkugel anfangs oder in der Folge irgendwelche nervöse Störungen bei der 24jährigen Frau verursacht hatte. *Goebel* (Köln).

Weber, L. W., Commotio cerebri mit anatomischen Befunden. Ärztl. Sachverst. Zeitg. 19, S. 56—57. 1913.

Sturz vom Motorrad und Fall auf den Kopf. Anfangs nur Symptome leichter Gehirner-

schütterung, bald aber schwere Hirnerscheinungen. Tod nach 14 Tagen. Sektionsbefund: Knochensprung an der Schädelbasis ohne Duraverletzung. Gehirn makroskopisch intakt, mikroskopisch aber finden sich an den kleinsten Gefäßen außer leichten akuten Veränderungen auch chronische degenerative Prozesse.

Verf. meint demnach, daß manche Fälle von Commotio cerebri bzw. Hirnerkrankungen selbst bei nur mittelschwerem Trauma deshalb ungünstig enden, weil bereits degenerative Gefäßprozesse bestanden, die sich vorher klinisch nicht bemerkbar gemacht hatten. *Riedl* (Linz a./Donau).

Bond, E. D., and A. H. Peabody, Brain tumor. Operation. Autopsy findings. (Gehirngeschwulst, Operation, erst bei der Autopsie gefunden.) Boston med. a. surg. journal. **168,** S. 90—92. 1913.

Die pathologischen Anatomen berichten über 2 Gehirntumoren. Zuerst von einem Melanosarkom, Metastasen in der linken 3. Stirnwindung, welche schon 9 Jahre vor dem Tode psychische Veränderungen gemacht haben. Der 2. Tumor war ein Gliosarkom der Rolandischen Windung. In beiden Fällen war die Operation ohne Erfolg geblieben und die Diagnose des Tumors erst durch die Autopsie gestellt worden. *Iselin* (Basel).

Hall, Arthur J., Two cases of colloid tumour of the third ventricle, causing death. (Zwei Fälle von Kolloidtumoren des dritten Ventrikels mit tödlichem Ausgang.) Lancet **184,** S. 89—91. 1913.

An der Hand von zwei eigenen Fällen sammelte A. J. Hall noch 7 ähnliche aus der Literatur, wo eine im vordersten Teile des dritten Ventrikels befindliche und mit dem Plexus choroideus zusammenhängende cystische Kolloidgeschwulst zu Tode führte. Diese Geschwülste können das Foramen Monroe sehr leicht versperren. H. hält es für wahrscheinlich, daß diese Geschwülste anfänglich in einem der lateralen Ventrikel entstehen und mit dem Strom der Cerebrospinalflüssigkeit in den dritten Ventrikel gelangen, hier können sie dann durch Kompression der Vena Galeni und Obstruktion eines Monroeschen Loches zur temporären oder fortwährenden Erhöhung des intrakraniellen Druckes führen. Die Erhöhung des Druckes im lateralen Ventrikel trägt ihrerseits wieder zur Fixation der Geschwulst bei und so kommt es, daß, wenn die Geschwulst eine gewisse Größe und Lage erreicht hat, die intrakranielle Druckerhöhung eine beständige wird. Wie lange diese Geschwülste zu cere bralen Erscheinungen führen, ist sehr variabel. Die Dauer der Erscheinungen variierte zwischen einem Jahr und einigen Tagen, in 2 Fällen ist sie überhaupt unbekannt; in einem von H.s Fällen fiel Pat. auf der Straße bewußtlos zusammen und starb in einigen Stunden. Er meint, daß Gehirnpunktion wenigstens eine vorübergehende Besserung, die Entfernung, eventuell der Balkenstich aber auch vollständige Heilung herbeiführen könnte. *Pólya* (Budapest).

Nase:

Marshall, George Morley, Correction of nasal deformities, particularly external lateral deflections and depressions with obstructing deviations of the septum. (Korrektur von Nasendeformitäten, speziell der äußeren lateralen Verbiegungen und Einsenkungen mit zur Obstruktion führenden Septumdeviationen.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 179—181. 1913.

Zur Behebung der im Titel beschriebenen Deformität macht er zwei ungefähr 1/4 cm große Einschnitte an der Seite der Nase, den einen über den zumeist hervorstehenden Teil der Verkrümmung, den anderen dieser Stelle gegenüber. Mit einem schmalen Meißel durchtrennt er von der kleinen Incisionswunde nach oben und unten den Proc. frontalis maxillae, indem er besonders darauf achtet, daß er die Schleimhaut nicht verletzt. Nun wird die eine Branche einer Hackenzange zuerst in das Nasenloch eingeführt, während die andere Branche außen bleibt, und die Nase damit eingebrochen, dasselbe geschieht an der anderen Seite, und wenn das Septum eingebogen ist, wird auch dieses mit derselben Zange in die richtige Lage gebracht. Wenn die Nase infolge einer abnormen Winkelbildung am frontalen Ansatze der Nasenbeine noch immer nicht gerade ist, wird diese Deformität durch einen auf diese Stelle geführten Hammerschlag behoben. Nun wird die Nase redressiert, in manchen Fällen für 24 Stunden auch durch entsprechende Schienen fixiert, und der Patient instruiert, daß er in den ersten Tagen einen mäßigen Druck auf die Stelle der früheren Verbiegung ausübe. Die Operation korrigiert in einfacher Weise die Deformität und sichert freie Atmung durch die Nase, doch

mußten oft submuköse Septumoperationen hinzugefügt werden. (Angaben über die Zahl der Operierten und der funktionellen und kosmetischen Erfolge fehlen, 2 Photos von geheilten Fällen werden mitgeteilt.) *Pólya* (Budapest).

Rückenmark, peripherisches, sympathisches Nervensystem:

Geissler, Walter, Über Blut in der Spinalflüssigkeit. Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 121—124. 1913.

Die Untersuchung des blutig tingierten Liquor bietet nicht selten große Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Frage über die Provenienz des Blutes. Bevor man an die Deutung der Herkunft des Blutes geht muß eine artifizielle Blutung durch Anstechen des Venenplexus mit Sicherheit ausgeschlossen werden können. Bei artifiziellen Blutungen verliert der herausfließende Liquor schon nach wenigen Kubikzentimetern seine Färbung und das Blut gerinnt bald, wenn wir das Punktat in einer Eprouvette auffangen, bei pathologischer Blutbeimengung hingegen sedimentieren sich die Blutkörperchen. Wenn das Blut im Punktat gerinnt, jedoch der später abfließende Liquor noch immer tingiert ist, so ist anzunehmen, daß eine frische pathologische Blutung vorliegt, zu der sich noch eine artifizielle, aber in diesem Falle bedeutungslose Blutung hinzugesellt hat. Es können folgende Möglichkeiten vorliegen: 1. Der Blutgehalt kann durch Verletzungen (Basisfraktur), ferner durch entzündliche oder neoplasmatische Prozesse, die sich an den Meningen abspielen, bedingt sein, vorausgesetzt, daß eine Läsion der Arachnoidea vorliegt. Außer diesen genannten destruktiven Veränderungen können im Spinalkanal raumbeschränkend wirkende und dadurch caudalwärts eine Liquorstauung verursachende Prozesse eine Blutung aus den gestauten Blutbahnen per Diapedesin bewirken. — Aus der Farbenskala des Liquor vom dunklen Rot bis zum Gelb lassen sich Approximativschlüsse auf das Alter der Blutbeimischung ziehen insofern, als ein mehr gelblicher Farbenton für eine ältere Hämorrhagie spricht. Auch von der Stärke der Tinktion lassen sich gewisse Schlüsse ziehen, ob die Blutung durch ulceröse Prozesse (Tuberkulose, Tumor, Lues) oder bloß durch raumverdrängende Veränderungen bedingt ist. 2. Es kann ein pathologischer Blutgehalt des Liquor mit einem künstlich verursachten vereint vorkommen. Wenn die erste Portion ohne hohem Druck, träge, schneller gerinnend abfließt, als eine spätere unter gleichmäßigem, höherem Drucke ausfließende, so ist neben pathologischem Blutgehalt eine artifizielle Verletzung der Venenplexus anzunehmen. 3. Je älter die Blutung ist, um so mehr nimmt der Liquor eine gelbliche Färbung an, die man Xanthochromie zu bezeichnen pflegt. — Ihr Vorkommen beweist eine vor längerer Zeit stattgefundene Blutung. Zum Auftreten der Xanthochromie müssen nicht immer Wochen seit stattgehabter Blutung vergehen, die Gelbfärbung ließ sich in einem Falle schon nach 8 Tagen nachweisen. Außer bei Blutungen verschiedenster Ätiologie ist die Xanthochromie bei tuberkulöser Meningitis und bei Epilepsie beobachtet worden. Die Gelbfärbung ist eine Folge der Umwandlung des Blutpigments, deren Einzelheiten noch strittig sind. *Pólya* (Budapest).

Cade, A., und R. Leriche, Klinische, pathogenetische und therapeutische Studie über die gastrischen Krisen bei der Tabes dorsalis. (*Chirurg. Klin., Lyon.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 41—80. 1913.

Hals.

Kehlkopf und Luftröhre:

Tandler, Julius, Zur Geschichte der Vicq d'Azyrschen Operation. (*I. anat. Inst., Univ. Wien.*) Med. Klinik **9,** S. 129—130. 1913.

Tandler tritt der in Nr. 1 der Med. Klinik vom 5. Jan. 1913 von Denker vertretenen Ansicht entgegen, daß die von ihm beschriebene Interkrikothyreotomie zuerst von Botey empfohlen worden sei. Im Interesse der historischen Gerechtigkeit weist er darauf hin, daß er selbst diese Operation in seinen Vorlesungen bereits seit etwa 15 Jahren als von Vicq d'Azyr zuerst angegebene lehre. Ebenfalls aus der Literatur führt er Zitate aus Albert, Velpeau, Malgaigne, Linhart und Gruber an, nach denen die Krikothyreotomie zuerst von Vicq d'Azyr angegeben sei, wenn er auch das Originalzitat nicht beibringen könne. *Janssen* (Wilhelmshaven).

Sehrt, E., Die dringliche Kriko- beziehungsweise Tracheotomie, mit besonderer Berücksichtigung der Kropfkomplikationen. Med. Klinik **9**, S. 132—133. **1913.**

Sehrt berichtet über ein Verfahren der Tracheotomie bei Kropf und breitem Isthmus der Schilddrüse, das nur außerordentlich geringfügige Verletzungen am Kehlkopf macht und sich sehr schnell und sicher ausführen läßt.

Der Kopf des liegenden oder sitzenden Patienten wird maximal zurückgebogen und eine spreizbare Knorpelhackenzange mit festem Druck in die Mitte des Schildknorpels (nahe an seinem unteren fühlbaren Rande) in den von den beiden Schildknorpelplatten gebildeten Winkel möglichst tief eingedrückt. Während nun die linke Hand die Zange langsam und fest nach dem Kinn zu zieht und dadurch die Trachea hinter der Struma hervorholt, orientiert man sich über den Verlauf der Trachea und sticht dann $^1/_2$ cm unter den in die Haut eingedrungenen Hackenbranchen das Messer mit festem Druck senkrecht in die Tiefe, dabei immer genau in der Mittellinie des Schildknorpels bleibend. Leistet hierbei der Ringknorpel wegen Verkalkung Widerstand, so tastet man sich mit dem in der Wunde bleibenden Messer millimeterweise nach unten, bis es leicht in die Trachea eindringen kann. Bedenklichere Nebenverletzungen sind hierbei ausgeschlossen. Nun wird nach Krikotomie der Schnitt etwas nach oben verlängert, die Hackenzange gespreizt und die Kanüle eingeführt. Bei Verkalkung des Krikoidknorpels gelingt die Spreizung der Zange nicht; alsdann erweitert man durch Querstellen des Messers den Spalt und führt die Kanüle am Messer entlang ein. Nun kann die Wunde in Ruhe erweitert und versorgt werden.

Am Lebenden hat Verf. diese Methode noch nicht angewandt.

Janssen (Wilhelmshaven).

Thymus:

Tschekajew, Zur Frage des Thymus persistens. Praktitschesky Wratsch **12**, S. 21—24. 1913. (Russisch.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von plötzlichem Tod, bei welchem bei der Sektion sich Thymus persistens erwies. Im ersten Falle wurde die Patientin wegen Pyosalpinx bilateralis und Fibromata uteri operiert. Im 2. Falle handelte es sich um eine Myokarditis und Angina pectoris. Bei den Sektionen erwies sich eine Vergrößerung des vorderen Teiles der Hypophysis cerebri und eine allgemeine Hyperplasie des lymphatischen Systems, Atrophie der Nebennieren.

Verf. weist darauf hin, daß beim plötzlichen Tod und besonders beim Tod solcher, die an Morbus Basedowi leiden, bei der Sektion der Drüsen der inneren Sekretion besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muß. Wo man den Verdacht auf Thymuspersistens hat, muß eine gründliche Blutuntersuchung gemacht werden. *Joffe* (Dorpat).

Hoeniger, Erich, Über die Tracheostenosis thymica. (*Städt. Krankenh., Schwäbisch Gmünd.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **82**, S. 484—493. 1913.

Hoeniger bereichert die Kasuistik der Tracheostenosis thymica um einen interessanten Fall. Anfälle von Atemnot bei einem 4 Monate alten Mädchen werden anfänglich durch die Intubation behoben, später muß ein Stück Thymus reseziert werden. Vergrößerter Thymusschatten und exspiratorisches Sichtbarwerden im Jugulum bestanden nicht.

Da die Operation trotzdem Heilung brachte, auch der mikroskopische Thymusbefund normal war, so erörtert H. zwei Möglichkeiten der Druckwirkung einer anscheinend nicht vergrößerten Thymusdrüse: Der Thymus kann entweder schon intrauterin die Struktur der Trachea nachteilig beeinflußt haben oder das Organ schwillt zeitweise durch vermehrte Absonderung von Sekret an. Für diese Fälle empfiehlt H. zunächst die Intubation anzuwenden. *Klose* (Frankfurt a. M.).

Brust.

Allgemeines:

Jacobson, Otto, Zur Diagnostik der Bronchostenose. (*Krankenh. d. jüd. Gemeinde, Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 265—267. 1913.

Nach Aufzählung der bekannten Erscheinungen der einseitigen Bronchostenose bespricht Jacobson als ein neues konstantes und auffallendes Symptom die Verschiebung des Mediastinums und des Herzens in die kranke Brustseite, die bei jeder Inspiration erfolgt ($1^1/_2$—3 cm percutorisch und röntgologisch nachweisbar) und bedingt ist durch das Unvermögen der stenosierten Seite, genügend Luft aufzunehmen, und die ausgleichende stärkere Ausdehnung der gesunden

Thoraxhälfte. Dieses Symptom ist pathognomonisch für Bronchostenose und differentialdiagnostisch gegen infiltrierende Prozesse und Geschwülste der Lunge zu verwenden. *Thiemann* (Jena).

Brustwand:

Ruggi, Asportazione completa dello sterno. (Vollständige Entfernung des Sternums.) (*R. Acc. delle scienze di Bologna.*) Morgagni, P. I. 55, S. 122. 1913.

Ruggi berichtet über einen Fall von operativer Entfernung des ganzen Brustbeins wegen Krebsrezidivs in demselben nach Mammaamputation wegen Carcinom. Das vordere Mediastinum wurde ganz freigelegt, der große Weichteildefekt mit der Mamma der gesunden Seite plastisch gedeckt. Glatte Heilung. *Riedl* (Linz a. Donau).

Greig, David M., A case of tumour of the breast, recurrent six times during a period of thirty years. (Ein Fall von sechsmal in 30 Jahren rezidivierendem Mammatumor.) Edinburgh med. journal **10**, S. 148—152. 1913.

Tumor der linken Mamma bei einer 71 jährigen, im Anschluß an einen Kuhhornstoß im 42. Lebensjahre entstanden, wurde sechsmal wegen Rezidiven operiert, einmal mit Resektion der Clavicula; letztes Rezidiv inoperabel. Längster rezidivfreier Intervall war 9 Jahre. Autopsie ergab Perforation des histologisch Carcinom darstellenden Tumors durch die Thoraxwand in die Pleura, keine Metastasen. Die Verbreitung nur durch Wachstum in der Kontinuität nicht auf dem Blut -oder Lymphwege, die Tendenz zu Rezidiven in abgekapselten, ganz weichen Knoten ohne allgemeine Kachexie lassen Greig den Tumor bemerkenswert erscheinen. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Speiseröhre:

Thomson, Sir StClair, Removal through the mouth of a tooth-plate, impacted in the oesophagus for two and a half years. (Entfernung eines $2^1/_2$ Jahre in der Speiseröhre befindlichen verschluckten Gebisses.) Lancet **184,** S. 16 bis 17. 1913.

22 jähriger Mann hatte nachts eine in der Mitte geborstene Kautschukzahnplatte im Munde behalten und infolgedessen die eine Hälfte verschluckt. Seit der Zeit hatte er stets Schmerzen beim Essen und Trinken an einer bestimmten Stelle hinter dem Brustbein. Er wurde verschiedentlich untersucht, oesophagoskopiert und geröntgent, ohne daß etwas in der Speiseröhre entdeckt wurde; erst nach $2^1/_2$ Jahren wurde im Londoner Hospital für Halskranke endlich die Hälfte der Platte im Osophagoskop gesehen und mit der Zange entfernt. Eine leichte Striktur der Speiseröhre wurde dann durch Bougieren beseitigt, so daß sich der Kranke nachher geheilt fühlte. Verf. weist darauf hin, wie lange ein Fremdkörper in der Speiseröhre unter Umständen ohne großen Schaden verweilen, und wie leicht ein Kautschukplattenstück, das dieselbe Farbe wie die Schleimhaut der Speiseröhre hat, übersehen werden kann. Im Röntgenbild hatte die Platte einen etwas undeutlichen Schatten gegeben. *Herhold* (Hannover).

Brustfell:

D'Auria, Vincenzo, Nuovo contributo sulla cura radicale delle pleuriti essudative. (Neuer Beitrag zur radikalen Heilung der exsudativen Pleuritis.) Giorn. internaz. d. scienze med. **35,** S. 22—34. 1913.

Vincenzo behandelt ausgedehnte pleuritische Ergüsse folgendermaßen. Er läßt mit dem Potainschen Apparat — Einstich links im 7., rechts im 8. Zwischenraum — langsam das ganze Exsudat auslaufen, und wäscht hierauf unter Zuhilfenahme desselben Apparates die Pleurahöhle mit einer Jodlösung aus. Die Lösung bezeichnet er als eine Lösung von Jod in einer sterilisierten Solutio jodurata und zwar injiziert er bei serösen Ergüssen eine 20 proz., bei eitrigen eine 30—50 proz. Jodlösung. Die letztere bleibt 5—10 Minuten in der Brusthöhle und sie wird darauf wieder aspiriert. Bei serösen Ergüssen erzielte er — sogar bei einer primären tuberkulösen Brustfellentzündung — gute und schnelle Heilungsresultate. Bei eitrigen Ergüssen waren nur dann gute Resultate zu verzeichnen, wenn sie eben in Eiterung übergegangen waren, sonst mußte die Pleura durch Schnitt mit Resektion der Rippe eröffnet werden. Die Jodlösung wirkt ähnlich hier wie bei der Hydrocelenpunktion mit nachfolgender Jodtinktureinspritzung entzündungserregend, infolge hiervon kommt es zur Bildung von Adhäsionen, wodurch eine erneute Ansammlung von Flüssigkeit verhindert wird. Außerdem ist aber der bakterientötenden Wirkung des Jods ein nicht geringer Einfluß nach Ansicht des Verf. zuzuschreiben. *Herhold* (Hannover).

Lungen:

Piéry, M., et B. Le Bourdellès, Les résultats cliniques de la cure de Forlanini dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Die klinischen Erfolge bei der Behandlung der Lungentuberkulose nach der Methode von Forlanini.) Gaz. des hôp. **86**, S. 21—24. 1913.

Die unmittelbaren Erfolge und die symptomatische Heilung sind bei ausschließlich einseitiger Lungentuberkulose um so auffälliger, je schwerer die Erkrankung ist und um so vollkommener, je vollständiger der erreichte Grad der Kompression der Lunge ist. Das Fieber fällt meist nach 14 Tagen endgültig. Körpergewicht wird wenig beeinflußt; Nachtschweiße verschwinden, Appetit steigt, Husten läßt nach. Auswurf wird anfänglich infolge Verkleinerung der Kavernen stärker, läßt dann merklich nach. Die Bazillen verschwanden in 3 Fällen der Verff. vollständig. Besonders günstig wird im allgemeinen die Hämoptoe beeinflußt, wenn die Verff. auch 2 gegenteilige Erfahrungen machen mußten. Dyspnö wird nicht nur nicht erhöht, sondern verschwindet. Die günstigen Ergebnisse sind vielfach vorübergehend. Von Spengler werden 5 Dauererfolge mitgeteilt, von Forlanini 6 usw. Die Verff. berichten über 3. Die Pneumothoraxbehandlung muß mindestens 2 Jahre fortgesetzt werden. Nach der Wiederentfaltung kann die Lunge weitgehend ihre Funktion wieder übernehmen. *Burckhardt* (Berlin).

Baer, Gustav, Beitrag zur Kavernenchirurgie. (*Sanat. Schweizerhof, Davosplatz.*) Berl. klin. Wochenschr. **50**, S. 107—110. 1913.

Die geringe Aussicht auf Spontanheilung großer tuberkulöser Kavernen, sowie die lange Dauer derselben, rechtfertigen ein chirurgisches Vorgehen. Das Idealverfahren ist der Pneumothorax, der jedoch versagt bei dem Vorhandensein pleuritischer Adhäsionen. Für diese Fälle kommen die Methoden der extrapleuralen Thorakoplastik in Frage. Da aber große Spitzenkavernen weder durch Pneumothorax noch durch Thorakoplastik zum Kollaps gebracht werden (dem widersprechen Sauerbruchs Beobachtungen, vgl. Sauerbruch und Elving: Die extrapleurale Thorakoplastik), hat Verf. eine Methode ersonnen, die darin besteht, daß nach Resektion einiger Rippen über der Kaverne die Pleura parietalis subcostal abgelöst und so der Kaverne die Möglichkeit gegeben wird, zu kollabieren. Der nach dem Kollaps der Kaverne zurückgebliebene Hohlraum wird durch eine Paraffinplombe ausgefüllt, die ihrerseits den Zweck verfolgt, den Kollaps dauernd zu gestalten.

Nach Tier- und Leichenversuchen wandte Verf. das Verfahren bei einem 23jährigen Manne mit großer Kaverne des rechten Oberlappens an. Nachdem eine Thorakoplastik nach Wilms nicht den erwünschten Erfolg gebracht hat, wird in einer zweiten Sitzung der Versuch gemacht, die Kaverne nach Entfernung der Rippen durch extrapleurale Thorakoplastik zum Kollaps zu bringen. Dies gelingt. Es bildet sich jedoch durch Nekrose eines Teiles der Kavernenwand eine Fistel, die in dritter Sitzung mit dem Thermokauter erweitert wird. Die Kaverne wird eine Zeitlang drainiert, sie zeigt große Tendenz zum Kollaps, die Wände reinigen sich unter Bildung frischer Granulationen, die Tuberkelbacillen schwinden aus dem Sputum, das Allgemeinbefinden hebt sich. Als weitere Therapie ist vorgesehen: „Verbandwechsel mit Tamponade der Kaverne und der äußeren Höhle in immer größeren Intervallen, Licht- und Röntgenbehandlung der Kaverne. Wenn es gelingt sie zur Obliteration zu bringen, soll die plastische Füllung der Höhle erfolgen mit ev. Naht der äußeren Öffnung. Eine Zeitlang müßte der Patient ev. eine Pelotte tragen." Das Befinden des Patienten hat sich in der Folgezeit bedeutend gebessert: die Bronchialfistel hat sich geschlossen, Tuberkelbacillenbefund weiterhin negativ, blühendes Aussehen, Gewichtszunahme.

Epikritisch bespricht Verf. die Vorzüge seiner Methode: in geeigneten Fällen kann die extrapleurale Pneumolyse mit sekundärer plastischer Füllung Erfolg versprechen, als unterstützendes Moment kommt die Eröffnung der Kaverne in Frage. *Jehn* (Zürich).

Herzbeutel, Herz:

Horneffer, C., et P. Gautier, Un cas de tumeur du cœur. (Ein Fall von Tumor des Herzens.) Rev. méd. de la Suisse Romande **33**, S. 57—68. 1913.

Ein Fall von primärem Myxo-Sarkom des linken Herzohres bei einem 43jährigen Manne. Verf. suchen in Verbindung mit den einschlägigen, von Méroz veröffentlichten Fällen ein

klinisches Krankheitsbild zu gewinnen, das die Möglichkeit einer Diagnosenstellung intra vitam näher rücken soll. Als charakteristisch werden folgende Symptome angegeben: eine Dyspnoe, die in ihrer Intensität nicht in einem richtigen Verhältnis zum klinischen Befunde steht, das Auftreten von tiefen Ohnmachten bei hastigem Lagewechsel, die große Veränderlichkeit und Inkonstanz der objektiven und subjektiven Symptome, die Häufigkeit der Arythmie und der schlechte Allgemeinzustand als Folgeerscheinung der Neubildung. *Leuenberger* (Basel).

Bauch und Becken.

Allgemeines:

Guillaume, P., Deux cas d'invagination intestinale opérés et guéris chez des enfants de quatre et cinq mois. (2 Fälle von Invagination, operiert und geheilt bei Kindern von 4 und 5 Monaten.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 215—218. 1913.

Barker, Arthur E., A lecture on some points about drainage of the abdomen under various conditions of inflammation. (Vortrag über einige Fragen wegen Drainage des Abdomens bei verschiedenen Bedingungen der Entzündung.) Brit. med. journal **2716,** S. 104—107. 1913.

Barker bespricht die Möglichkeit, die Drainage der Bauchhöhle bei Entzündungen infolge von Appendektomie, Duodenal- und Magenperforation, geplatzter Pyosalpinx und Darmgangrän einzuschränken. Bei der Blinddarmentzündung ist die Beobachtung der nicht operierten Fälle schon ein Wegweiser: Abscesse verschwinden und freie Exsudate werden ohne Eingriff aufgesaugt. Auch die Versuche ohne Drainage bei akuter Appendektomie, die Verf. unternommen hat, sind gut ausgefallen. Scharfe Unterscheidung der verschiedenen Exsudate und richtige Bewertung des Allgemeinzustandes müssen über die Schwierigkeiten hinweghelfen, die Grenzen der Leistungsfähigkeit des Peritoneums im einzelnen Fall bei der Operation zu erkennen. Nicht die Bakterienart, sondern die Virulenz des Erregers, dessen Giftwirkung ist von Bedeutung. Die Perforation des Appendix wird von B. nicht als Merkzeichen angegeben, doch zeigen die 6 Beispiele des Autors, daß er bei Perforation, ohne scharfe Umgrenzung der Entzündung, drainiert hat. Bei Durchbruch eines Magen- oder Duodenalgeschwürs ist der Verf. viel radikaler: er vernäht das Loch, wischt nur sorgfältig die Nischen und Buchten aus und schließt den Bauch; nur wenn das Exsudat sauer geblieben ist, die Därme schon gelähmt sind, dann drainiert er, erhofft aber in solchen Fällen auch nichts mehr von der Drainage. Bei geplatzter Pyosalpinx ist die Drainage überflüssig, weil in 50% der Eiter steril wird und in der andern Hälfte die Virulenz des Eiters durch den chronischen Krankheitsverlauf sehr stark abgeschwächt ist. B. ist von der Leistungsfähigkeit des Peritoneums so sehr überzeugt, daß er zweimal bei ausgedehnter Darmgangrän nach Darmresektion das Bauchfell und die Wunde geschlossen hat, trotzdem in der Bauchhöhle flockig eitrige Flüssigkeit vorhanden gewesen war. Die Drainage, welche so häufig Narbenbrüche und Darmverwachsungen macht, wird nach Erfahrungen des Autors noch häufiger weggelassen werden können, weil ihr Nutzen so gering ist. B. hat sich seit 12 Jahren mit dieser Frage beschäftigt. *Iselin* (Basel).

Bauchfell:

Herff, Otto v., Zur Vorbeugung postoperativer Peritonitis bei verschmutzten Laparotomien. (*Frauenspit., Basel-Stadt.*) Gynäkol. Rundschau **7,** S. 1—4. 1913.

Verf. suchte nach neuen Mitteln, die postoperative Peritonitis nach „beschmutzter Laparotomie" zu verhüten. Da seine Tierversuche mit intraperitonealer Campherölung ungünstig ausgefallen waren, hat er H_2O_2 verwendet, zuerst unverdünnt, später 1 : 2 mit Aqua dest. 20—30 ccm. Außer der Schaumbildung soll sich nach der Beobachtung von Herff auch Wärme 35—45° C entwickeln. Nach Peritonisierung des Wundgebietes werden noch einmal 10 cm^3 der Lösung in die Wunde gegossen. Verwachsungen zwischen Gedärmen sind bis jetzt nicht beobachtet. Rund ein Dutzend Fälle sind bisher im Basler Frauenspital durch H. mit gutem Erfolg in dieser Weise behandelt worden. *Iselin* (Basel).

Kirmisson, E., Double hernie scrotale volumineuse, tuberculose des testicules, apparition de phénomènes d'occlusion intestinale coïncidant avec la réduction spontanée des deux hernies, laparotomie permettant de lever l'obstacle dû à une péritonite tuberculeuse. (Doppelte umfangreiche Scrotalhernie, Tuberkulose der Hoden, Erscheinungen von Darmverschluß, mit der spontanen Reduktion beider Hernien zusammenfallend, Beseitigung des Hindernisses, welches von einer tuberkulosen Peritonitis herrührte, durch Laparatomie.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 225 bis 227. 1913.

Hernien:

Chaput, Hernie ombilicale. Greffe adipeuse. Énorme hernie ombilicale, anneau trop large pour être suturé, obturation de l'anneau par un énorme greffon adipeux, placé dans le péritoine, derrière la paroi abdominale. (Nabelhernie. Fetttransplantation. Sehr große Nabelhernie, mit für Ringnaht zu weiter Bruchpforte, Verschluß der Pforte durch eine sehr große Fettpfropfung, die in das Bauchfell hinter die Bauchwand gepflanzt ist.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 231—232. 1913.

Montgomery, E. E., Hernia through the pelvic outlet. (Hernie durch den Beckenboden.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16**, S. 20—27. 1913.

Verf. referiert über die verschiedenen Arten von Prolaps und bespricht ihre Therapie. Ein selbst operierter Fall von Darminvagination und Prolaps vor den Anus wird näher beschrieben mit Angabe der Operationsmethode. *Naegeli* (Zürich).

Magen, Dünndarm:

Vanlair, C., Rachitisme et gastrectasie. (Rhachitis und Magenerweiterung.) Scalpel et Liège méd. **65**, S. 513—519. 1913.

Vanlair lenkt die Aufmerksamkeit auf die Ektasie des Magens im Anschluß an chronische Katarrhe, von deren erstaunlicher Häufigkeit er sich überzeugte, seitdem er bei Kindern darnach zu fahnden begann. Bei der Betrachtung des Abdomens besonders im Profil ist am auffallendsten eine Vorwölbung oberhalb des Nabels im Gegensatz zu einer Einziehung unterhalb desselben; beim Erwachsenen tritt die Erscheinung zurück. Neben den mehr oder minder unsicheren Mitteln der einfachen Perkussion oder der nach Eichhorn (Auscultation der Gasentwickelung) gibt V. ein Symptom an, das er nicht hervorgehoben fand: der Thorax nimmt anstatt einer bikonischen oder wie bei Kindern meist, zylindrokonischen Form eine trichterförmige Gestalt an, das Umfangsmaß der Thoraxbasis überschreitet dabei das der Brustdrüsenzone um 1 ja 2—3 cm. Besonders schön kommt das Bild zur Geltung bei Horizontallage, wenn die Visceralmassen erschlafft absinken. Durch leichten Druck ist die Deformität zum momentanen Verschwinden zu bringen, d. h. es besteht übermäßige Rippenbiegsamkeit. Ursache der Erscheinung ist der hochgradig aufgetriebene Magen, denn die Ektasie ist immer von hochgradiger Gasentwicklung begleitet; bei der Nachgiebigkeit der 8.—10. besonders aber 10.—12. Rippe macht der Magen dieses Bild. Aber es kommt immer oder fast immer die Rachitis als begünstigendes Moment hinzu, deren Spuren sich auch sonst am Körper nachweisen lassen. Die Entstehungszeit fällt bald ins 2.—3., bald ins 3.—5. Jahr; findet sich das Bild, meist weniger deutlich, beim Erwachsenen, so ist es als Überbleibsel aus der Kindheit aufzufassen. Neben altbewährter diätetischer und medikamentöser Therapie des langwierigen und eventuell schweren Übels empfiehlt V. besonders das Tragen einer mit leichter Hand angelegten Bandage um den unteren Thorax zum Zwecke seiner Kompression sowie Massage 15 Min. bis 1/2 Stunde. Über die Ergebnisse der Therapie wird nichts angeführt. *Schmidt* (Würzburg).

Reynolds, D., A case of hypertrophic stenosis of the pylorus in an adult. (Fall von hypertrophischer Pylorusstenose bei Erwachsenen.) Journal of the royal army med. corps **20**, S. 201—202. 1913.

Kurze Mitteilung eines Falles von Pylorusstenose durch einfache Wandverdickung bei 35 jährigem Manne, der nach dreimonatiger Krankheit an Inanition zugrunde geht (wegen hochgradiger Schwäche unoperiert). Sektion ergibt fast völlige Undurchgängigkeit des Pylorus durch Verdickung der Wandung auf 1/4 Zoll ohne jedes Zeichen von Magen- oder Duodenalgeschwür. *Wehl* (Celle).

Barling, H. Gilbert, Hypertrophic stenosis of the pylorus in adults. (Hypertrophische Pylorusstenose Erwachsener.) Lancet **184**, S. 231—232. 1913.

Bericht über zwei Fälle von Stenose durch Muskelhypertrophie des Pylorus bei

einem 27jährigen Mann und einem 17jährigen Mädchen. Erster Fall begann drei Jahre vor der Operation, wurde durch Gastroenterostomie posterior geheilt, zweiter Fall begann 6 Monate vor dem operativen Eingriff, beide mit Schmerzen und zunehmendem Erbrechen. Das Mädchen starb 16 Tage nach der Operation an tuberkulöser Meningitis. Abbildung des Präparates. *Gelinsky* (Berlin).

Kirmisson, E., Sur un travail de M. Poisson (de Nantes), intitulé: Note sur la coexistence de la hernie épigastrique avec l'ulcère et le cancer de l'estomac; sa fréquence et les considérations qui en découlent. (Bemerkungen über das gleichzeitige Vorkommen von epigastrischen Hernien bei Magengeschwür und Magenkrebs; ihre Häufigkeit und vergleichende Betrachtung.) Bull. de l'acad. de méd. **77**, S. 31—34. 1913.

Poisson betont in einer der Akademie vorgelegten Arbeit die Häufigkeit des gleichzeitigen Vorkommens von epigastrischen Hernien einerseits und Magengeschwür bzw. Magenkrebs andererseits. Ertano hat 15 derartige Fälle gesammelt, auch Lejars berichtet über 2 Fälle. Die Magenschmerzen werden vielfach fälschlich auf das Bestehen einer epigastrischen Hernie bezogen, während sie in Wirklichkeit dem gleichzeitig bestehenden Magenulcus ihre Entstehung verdanken. Dies erklärt die Erfolglosigkeit mancher Radikaloperation. P. kommt zu folgenden, von der Akademie akzeptierten Schlußfolgerungen: Man stelle bei einer epigastrischen Hernie, bei der gleichzeitig heftige Schmerzen im Epigastrium oder Erbrechen bestehen, die Prognose vorsichtig in bezug auf Erfolg einer Radikaloperation, da die Schmerzen vom Magen selbst ausgehen können. Man schließe an die Radikaloperation eine Probelaparotomie an, um den Magen explorieren und etwa notwendig erscheinende Operationen am Magen selbst (Gastroenterostomie usw.) vornehmen zu können. *Mettin* (Berlin).

Rivière, G., Ulcère calleux de l'estomac avec hémorragies graves. Résection annulaire des deux tiers de l'estomac et gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton de Jaboulay en un temps. Guérison complète. Résultat datant de deux ans et quatre mois. (Callöses Magengeschwür mit schweren Blutungen. Ringförmige Resektion von $^2/_3$ des Magens und hintere Gastroenterostomie mit Jaboulayschem Knopf. Vollkommene Heilung seit 2 Jahren 4 Monaten.) Prov. méd. **26**, S. 37—39. 1913.

Wegen schwerer Blutungen eines callösen Magengeschwüres, das von der kleinen Kurvatur auf die vordere und hintere Magenwand übergegriffen hatte, wurden $^2/_3$ des Magens ringförmig nach Billroth reseziert und die hintere Gastroenteroanastomose hinzugefügt. Verf. zieht die radikalen Eingriffe einer Excision des Ulcus oder gar der einfachen Anastomose vor. Denn letztere schützt nicht unbedingt vor neuen Blutungen, erstere ist besonders bei ausgedehnten Ulcerationen häufig technisch schwieriger. Außerdem beseitigt die Excision nicht die sackförmige zu Stagnation führende Dilation, befördert dieselbe im Gegenteil sogar gelegentlich. Schließlich aber läßt die Kombination von Ulcus und Carcinom bzw. die schwierige Differentialdiagnose, die erst mikroskopisch möglich, eine weitgehende Entfernung im Gesunden wünschenswert erscheinen. *Coste* (Magdeburg).

Lefèvre, H., Estomac biloculaire. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Résultat fonctionnel excellent. Guérison maintenue au bout de sept mois. (Sanduhrmagen. Hintere Gastroenterostomie. Vorzügliches Resultat. Heilung besteht noch nach 7 Monaten.) (Soz. de méd. et de chirurg., Bordeaux, séance du 29. X. 1912.) Gaz. hebdom. d. scienc. méd de Bordeaux **34**, S. 17—19. 1913.

Im Anschluß an die Beschreibung eines Falles von Sanduhrmagen, bei dem alle Erscheinungen auf eine Pylorusstenose oder möglicherweise auf ein Neoplasma hinwiesen und bei dem sämtliche Beschwerden durch eine einfache Gastroenterostomia posterior behoben wurden, betont Lefèvre die Schwierigkeit einer sicheren Diagnose, selbst unter Zuhilfenahme der Radioskopie. Er hält, im Gegensatz zu Delore und

Alamartine, welche die Gastrectomie für eine unbedingte Notwendigkeit bei der Behandlung des Sanduhrmagens infolge von Magengeschwür halten, die einfache Gastroenterostomie für die Operation der Wahl, zumal wenn die Einziehung der Magenwand eine sehr scharfe ist, da sich dann durch diese Operation mit dem geringsten Risiko eine Ausschaltung des Pylorus bewerkstelligen läßt und diese nach der augenblicklich herrschenden Ansicht, die besten Chancen für die Ausheilung des Magengeschwüres gibt.

Voswinckel (Berlin).

Storey, L., A case of hair cast of the stomach; gastrotomy; recovery. (Ein Fall von Haarballen im Magen. Magenschnitt. Heilung.) Lancet **184,** S. 240—241. 1913.

17 jähriges Mädchen litt seit dem 5. Lebensjahr an Erbrechen und einem kleinen Tumor in der Magengegend, der allmählich zunahm. Operation förderte einen Haarfilzausguß des Magens zutage, der $2^1/_2$ Pfd. wog. Heilung. *Gelinsky* (Berlin).

Houghton, J. W. H., Four cases of perforated duodenal ulcer. (4 Fälle von perforiertem Duodenalgeschwür.) Journal of the roy. army med. corps **20,** S. 196—197. 1913.

4 Fälle von perforiertem Duodenalgeschwür, von denen 2, nach 24 Stunden operiert, starben, 2, innerhalb der ersten 12 Stunden operiert, geheilt wurden. *Wehl* (Celle).

Röpke, W., Über die operative Behandlung der durch stumpfe Gewalt entstandenen Duodenalverletzungen. (*Städt. Krankenh., Barmen.*) Arch. f. klin. Chirurg. **100,** S. 925—937. 1913.

Röpke berichtet über eine durch Überfahrung entstandene quere Zerreißung der Pars ascendens duodeni mit starker Zerfetzung und Aufrollung von Serosa und Muskularis der beiden Darmenden, bei welcher er durch eine 2 Stunden nach dem Unfall vorgenommene mediane Laparotomie eine glatte Heilung erzielt hat. Die Darmverletzung konnte erst zu Gesicht gebracht werden, nachdem die Ränder eines gleichzeitig bestehenden Längsrisses der Radix mesenterii dicht über der Art. und V. mesent. sup. auseinandergezogen worden waren. Nach Abtragung der zerfetzten Ränder bis ins Gesunde wurde das proximale Darmlumen seitlich mit dem Jejunum vereinigt, während das distale Lumen unter der Plica duodenojejunalis durchgezogen und dann in die hintere Wand des Magens eingesetzt wurde. Nach ausgiebiger Spülung der Bauchhöhle und Naht des Mesenterialrisses völliger Verschluß der Bauchwunde. Zum Schluß Anlegung einer Coecalfistel zwecks Anregung der Peristaltik vermittels Darmspülungen und Verabreichung von Nährklystieren.

Es sind in der Literatur mehrere Fälle beschrieben worden, in denen die Duodenalläsionen sogar während der Operation unentdeckt blieben. Verdacht einer Duodenalverletzung wird erregt durch eine lokalisierte, besonders heftige Schmerzhaftigkeit rechts und unterhalb vom Nabel, deren Nachweis neben der stets vorhandenen allgemeinen Druckempfindlichkeit ähnlich wie bei der Perforation eines Duodenalgeschwürs häufig gelingt. Zu beachten ist ferner, daß bei einer Duodenalruptur freies Gas und Darminhalt nicht in der Bauchhöhle vorhanden zu sein braucht, wenn nämlich das Mesokolon und die Radix mesenterii unverletzt geblieben ist. Dann kommt es mitunter in der Umgebung der Verletzungsstelle zu Flüssigkeitsansammlungen, welche das Mesokolon tumorartig vortreiben und auch schon vor der Operation durch die Bauchdecken getastet werden können. Um an retroperitoneal gelegene Duodenalverletzungen heranzukommen, empfiehlt R., falls nicht große Blut- oder Eiteransammlungen einen Hinweis geben, in erster Linie die Mobilisierung des Duodenums nach Kocher; genügt dies nicht, so kann man sich ohne besondere Gefäßverletzung einen Weg zwischen der Wurzel des Mesenteriums und des Mesokolons bahnen. Anstatt der unzuverlässigen, die Passage erschwerenden direkten Naht soll das orale Ende mit einer Jejunumschlinge, das aborale mit dem Magen in Verbindung gebracht werden. *Neupert* (Westend).

Carnot, P., et J. Dumont, Le cancer de la valvule iléo-caecale. (Der Krebs der Ileocöcalklappe.) Paris méd. S. 187—192. 1913.

An der Hand eines beobachteten Falles von Ileocöcalcarcinom und unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur wird über das anatomische und klinische Bild des Ileocöcalcarcinoms berichtet. Verf. unterscheiden genau zwischen dem Carcinom, welches von der Schleimhaut

der Ileocöcalklappe ausgeht auf der Ileumseite und dem der Schleimhaut auf der Coecumseite. Hieraus resultiert das verschiedene klinische Bild, der Krebs kann entweder als ringförmiger, einschnürender auftreten und hierdurch die Ileocöcalklappe verschließen, oder aber er kann einen polypenartigen Fortsatz in die Öffnung der Klappe hineinsenden und so einen plötzlichen Ileus machen, ohne vorausgehende Erscheinungen eines chronischen Ileus. Letztere Möglichkeit ist gegeben durch die peristaltischen Bewegungen des Darmes überhaupt, wie schließlich auch der Dünndarm in das Coecum hinein invaginiert werden kann. Im allgemeinen wird das klinische Bild des Ileocöcalklappenkrebses an der Ileumseite durch eine Reihe von Symptomen beherrscht. Verstopfungen gehen mit starken Koliken einher, können 8—10 Tage anhalten, um dann plötzlich von starken Diarrhöen gefolgt zu werden, infolge deren dann die Koliken zur Ruhe kommen. Das Königsche Symptom besteht in schmerzhaften Koliken, sichtbaren peristaltischen Wellen und den lauten gurrenden Darmgeräuschen, die sich als zischende erweisen, wenn sie die Stenose passieren. Der Anblick des Abdomens zeigt eine kugelige Auftreibung in der Mitte gegenüber den Abflachungen in der Flankengegend. Die Palpation läßt einen mehr oder weniger beweglichen Tumor erkennen, der sich gut bis zur Spina iliaca sup. verschieben läßt. Andererseits kann man auch mal plätschernde Geräusche vor der Stenose durch Druck erzeugen, die bei Lagewechsel des Kranken schwinden. Die Prognose richtet sich nach dem sonstigen Zustand des Kranken. Das Bild des Carcinoms an der Klappe nach der Dickdarmseite ist einfacher. Das vorherrschende Symptom ist hier der fühlbare Tumor in der rechten Fossa iliaca, der höchstens durch seine starke Ausbreitung das klinische Bild eines plötzlich entstehenden Ileus machen kann, was aber sehr selten vorkommt. *Vorschütz* (Köln).

Wurmfortsatz:

Helbing, H. H., Appendicitis. (Appendicitis.) Americ. med. journal **41,** S. 445—447. 1913.

La percussion de l'os iliaque dans l'appendicite. (Perkussion des Hüftbeins bei der Appendicitis.) Sem. méd. **33,** S. 22—23. 1913.

Die Perkussion des Hüftbeins verdient bei den appendicitischen Erkrankungen wegen ihrer schätzenswerten Aufschlüsse mehr Beachtung. Sie wird vorn (Montenovesi, Feretti, Dionis du Séjour) und hinten (Ewart) vorgenommen. Die Perkussion vorn über dem vorderen, oberen Hüftbeinstachel und den ersten 3—4 cm des Hüftbeinkammes, mittels kurzer Stöße mit einem Finger ausgeführt, gibt hellen, sonoren Schall. Bei Schallabschwächung liegt ein Erguß im Gebiet der Beckenschaufel vor. Es kann sich um Appendicitis, Psoitis, paranephritischen Absceß, kalten Absceß oder Hämatom handeln. Adnexitis ergibt an den erwähnten Punkten niemals Dämpfung. Die hintere Perkussion ist nicht ganz so einfach. Zu ihrer Ausführung wird das Plessimeter empfohlen. Über der Tuberositas ossis sacri und dem benachbarten Hüftbein ist der Schall hell oder auch tympanitisch. Zwischen den beiden Zonen mit hellem Schall liegt über dem Kreuzbeinkörper eine viereckige Zone, die Dämpfung ergibt. Dämpfung der rechten hellen Zone zeigt Verwachsungen, Tumorbildungen oder Exsudate in der Coecumgegend an. Besonders nach der Appendektomie kann das Zeichen diagnostisch wertvoll sein. *zur Verth* (Kiel).

Hughes, Gerald S., Two cases of gangrenous appendicitis with unusual histories. (Zwei Fälle von gangraenöser Appendicitis mit ungewöhnlichen Anamnesen.) Brit. med. journal **2716,** S. 110. 1913.

Die Mitteilung belegt mit 2 Beobachtungen die bekannte Tatsache, daß eine Appendicitis gangraenosa sich im kleinen Becken vorbereiten und abspielen kann, ohne Bauchdeckenspannung, ohne beträchtliche Temperatur- und Pulssteigerung zu machen. Die Mahnung bei Verdacht auf Appendicitis vom Mastdarm aus zu untersuchen ist nicht neu, aber doch beherzigenswert. Beachtung verdient, daß einmal der Durchbruch des Wurmes oder des umschriebenen Abscesses in die freie Bauchhöhle während des Stuhlganges erfolgt ist. *Iselin* (Basel).

Malcolm, John D., Gangrene of the vermiform appendix and of a coil of small intestine, operation, recovery. (Gangrän des Wurmfortsatzes und einer Dünndarmschlinge. Operation, Genesung.) Brit. med. journal **2716,** S. 109 bis 110. 1913.

Die Notiz beschreibt das seltene Vorkommnis, daß eine den gangränösen Appendix umlagernde Schlinge selbst auch gangränös wird und daß sich diese 2 einander folgenden Verschlimmerungen auch klinisch deutlich in Absätzen zu erkennen geben. *Iselin* (Basel).

Dickdarm und Mastdarm:

Wrigley, P. R., and Manfred Moritz, Acute intestinal obstruction due to volvulus of the caecum. (Akuter Darmverschluß infolge Volvulus des Coecums.) Lancet **184,** S. 166—167. 1913.

Bei 29jähriger Frau ist während eines dritten Anfalles von Appendicitis der Wurmfortsatz entfernt. Wunde ganz geschlossen; Verlauf glatt. 5 Wochen später erkrankt sie plötzlich unter Erscheinungen des Darmverschlusses. Bei der nach 12 Stunden vorgenommenen Operation findet sich große, pralle Geschwulst, die aus dem enorm dilatierten Coecum und einem großen Teil des Colon ascendens besteht, die eine volle Drehung um ihre Längsachse in Gegenzeigerdrehung erfahren haben. Da das Coecum gangränöse Stellen zeigt, werden die gedrehten Darmteile reseziert unter Seit-zu-Seitvereinigung von unterstem Ileum und Colon ascendens. Glatte Heilung.

Der Fall gehört nach seinem anatomischen Verhalten in die 3. Kategorie der von Corner und Sargent (Annals of surgery, 1905) aufgestellten 3 Varietäten von Volvulus des Coecums, Fälle dieser Art können auch subakut oder chronisch verlaufen unter dem Bilde wiederholter Anfälle von leichtem, schnell zurückgehenden Darmverschluß. *Wehl* (Celle).

Spencer, W. G., Appendicostomy in place of colostomy for relief of obstruction caused by irremovable cancer of the rectum and colon. (Appendicostomy an Stelle von Kolostomie zur Behandlung des Darmverschlusses, verursacht durch inoperables Rectum- und Koloncarcinom.) Brit. med. journal **2716,** S. 108—109. 1913.

Spencer und namentlich seine Patienten waren mit der linksseitigen Kolostomie über der Leiste bei unbeweglichem Dick- und Mastdarmkrebs nicht zufrieden wegen der unregelmäßigen Entleerungen von Wind und Stuhl.

Sp. benützt deshalb die Appendikostomie und zwar in folgender Weise: Er eröffnet den Appendix, da wo derselbe trichterförmig in das Coecum übergeht, führt einen Gummi- oder Glaskatheter ein und befestigt das Rohr wie bei der Gastrostomie nach Kader oder Senn. Der sich bildende Klappenmechanismus sichert nach Wegnahme des Rohres die Dichtigkeit des Darmes. Die Erfahrungen an 10 Kranken werden mitgeteilt: 4 starben sofort, 4 lebten mehrere Monate, 2 nahmen ihre Arbeit wieder auf. Bei allen, die länger lebten, war die Funktion und der Erfolg ein sehr guter. *Iselin* (Basel).

Brosch, A., Zur inneren Behandlung von Dickdarmstenosen. Wien. klin. Wochenschr. **26,** S. 181—182. 1913.

Es wird die „subaquale Innenbadbehandlung" mit Hilfe des „Enterocleaners" bei entzündlichen Dickdarmverengerungen besprochen. Ein Fall wird mitgeteilt. *Burckhardt* (Berlin).

Leber- und Gallengänge:

Elperin, S., Ein Fall von angeborenem Defekt des Ductus choledochus aus mechanischer Ursache. (*Pathol. Inst., Univ. Halle a. S.*) Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. **12,** S. 25—46. 1913.

Elperin reiht den 95 bisher aus der Literatur bekannt gewordenen Fällen obengenannter Anomalie eine einschlägige Beobachtung bei einem Kinde weiblichen Geschlechts an, welches 16 Tage nach der Geburt zugrunde ging. Aus dem ausführlich mitgeteilten Sektionsprotokoll ist zu ersehen, daß die Leber in ihrer äußeren Form stark verbildet war und besonders der linke Lappen sehr groß war. Die Gallenblase wurde durch ein 1 cm langes Rudiment dargestellt, in dem eingedickter, farbloser Brei lag. Keine erweiterten Gallengänge in der Leber. Im Duodenum eine Papille, in die der Ductus pankreaticus mündete. Bei der Zerlegung der Papillengegend in Serienschnitte wurde ein Kanalsystem gefunden, welches mit hohem Zylinderepithel ausgekleidet war und augenscheinlich die Anlage des nicht vorhandenen Ductus choledochus darstellte. Die Ästchen der Kanäle endeten blind in der Submucosa in einem nicht entzündeten Bindegewebe. E. ist der Ansicht, daß die Formanomalien der Leber für die Genese der Mißbildung in Betracht kommen, indem die Leber nach oben gedrängt wird und der zarte Ductus choledochus stark angespannt wird. Ferner kann nach Beneke die Mißbildung dadurch entstehen, daß das Gallengangsepithel vom Darmepithel an der Stelle der Differenzierung abgeschnürt wird. Die Lues wird bei der Ätiologie der Anomalie abgelehnt, zumal die Wassermannsche Reaktion negativ ausfiel, soweit sie angestellt wurde. Auch andere entzündliche Vorgänge waren als Ursache nicht nachweisbar. Gegen die Theorie des Vitium comparationis primae sprechen neuere entwicklungsgeschichtliche Forschungen, da ein Fehlen

der Gallengänge dann mit einem Fehlen der Leber einhergehen müßte. Daß der Defekt des Choledochus bei mehreren Kindern derselben Eltern beobachtet wurde, bezieht E. nicht auf kongenitale Lues, sondern auf abnorme Verhältnisse im mütterlichen Uterus. *Nordmann.*

Robin, Albert, Recherches sur la composition chimique du cancer du foie. (Untersuchungen über chemische Zusammensetzung bei Leberkrebs.) Bull. de l'acad. de méd. **69**, S. 46—60. 1913.

Die carcinomatöse Leber hat das Bestreben, eine Anzahl anorganischer Stoffe aufzuspeichern, wie Phosphor, Schwefel, Kalium, Magnesium und Silicium. Dieser Überschuß an Mineralsalzen ist jedoch für das Lebercarcinom nicht streng charakteristisch, da er auch bei anderen Zuständen, insbesondere bei Phthisen, vorkommt. Der Gehalt an Silicium ist in den carcinösen Gewebsstellen besonders erhöht. Bei der Bedeutung des Siliciums für den Aufbau von Bindegewebe kann man daran denken, daß hier vielleicht eine Art chemische Abwehr des Organismus vorliegt. Der Kalk- und Eisengehalt ist in der carcinomatösen Leber verringert.

Wolfsohn (Charlottenburg).

Severin, Josef, Über Pneumokokkensepsis und Pneumokokkenmeningitis im Anschluß an calculöse purulente Cholecystitis und abscedierende Cholangitis. (*Med. Klinik, Univ. Breslau.*) Mitteilg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. **25**, S. 797 bis 807. 1913.

Beschreibung zweier einschlägiger Fälle bei Patientinnen, die schon länger an typischen Gallensteinanfällen gelitten hatten. Bei beiden wurden Pneumokokken schon während des Lebens im Blut und Lumbalpunktat nachgewiesen; bei einem Falle auch aus dem Gallenblaseneiter der Leiche gezüchtet. Pneumokokkenallgemeininfektion von infektiösen Erkrankungen des Gallensystems ausgehend sind selten, da wegen der bakteriolytischen Wirkung der Gallensalze auf Pneumokokken diese überhaupt nicht häufig Urheber eines Galleinfektes sind. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Micheleau, E., Occlusion intestinale par calculs biliaires. (Darmverschluß durch Gallensteine.) Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Bordeaux **34**, S. 15—17. 1913.

Beschreibung eines Falles von Darmverschluß, als dessen Ursache ein schon lange bestehender Nabelbruch angesehen wurde. Bei der Operation stellte sich jedoch heraus, daß in dem Bruchsack nur Netz- aber keine Darmschlinge vorhanden war, und keine Einklemmung vorlag. Bei der Absuchung des vorgezogenen Darmes fanden sich im Dünndarm zwei sehr große zylindrische Gallensteine, die das Lumen völlig verlegten. Sie wurden durch Incision entfernt. Die Erscheinungen des Darmverschlusses schwanden alsbald, es bildete sich aber eine Bauchdeckenphlegmone, der die Operierte in kurzem erlag. Es lagen keine Symptome vor, die auf Gallensteinileus hätten schließen lassen. *Voswinckel* (Berlin).

Pankreas:

Mason, J. M., and E. M. Mason, A tuberculous cyst, probably of pancreatic origin. (Tuberkulöse Cyste wahrscheinlich vom Pankreas ausgehend.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16**, S. 96—98. 1913.

Eine sehr große Cyste bei einer 27jährigen Negerin, die vom Rippenbogen bis zum Poupartschen Band reicht und hauptsächlich die linke Bauchseite ausfüllt, wird nach Entleerung von 4 l eitriger Flüssigkeit marsupialisiert. Heilung. Differentialdiagnostische Gründe für den Ausgang der Cyste vom Pankreas werden angeführt. Aus dem pathologisch-anatomischen Befund von exstirpierten Stücken des Sackes (verdicktes Bindegewebe, zum Teil hyalin degeneriert, Herde von Eiterkörperchen, an anderen Stellen zellreiches Gewebe mit zahlreichen lymphoiden und Plasmazellen und spärlichen polynucleären Leukocyten; darin zerstreut hier und da Riesenzellen mit wandständigen Kernen, keine Tuberkelbacillen, nach einem Untersucher Tuberkel, nach einem anderen keine typischen Tuberkel) wird geschlossen, daß die Cyste tuberkulösen Ursprungs ist, daß es sich also um einen der seltenen Fälle von Pankreastuberkulose handelt. *zur Verth* (Kiel).[G]

Milz:

Ewald, Ein Fall von Milztumor mit tödlicher Blutung. Allg. med. Zentralzeitg. **82**, S. 48. 1913.

Ewald beobachtete bei einem 48jährigen Manne einen großen Milztumor. Pat. war nie krank, erst seit 4 Monaten Dyspepsie. Blutbild normal, kein Ascites, kein Icterus, kein Blut im Magen oder Darm. Wassermann: negativ. Hgl 110. Urin: Indikan +, sonst o. B. Plötzlich heftiges Blutbrechen (1240 ccm). Die Milzgeschwulst verkleinert sich danach wesentlich.

Exitus im Collaps. Die Obduktion ergibt außer einer großen Milz (30 : 7 : 6) eine partielle Pfortaderstammthrombose in der Milzvene dicht vor dem Milzhilus. Dieser Thrombus ist kanalisiert, ferner einzelne wandständige Thromben in den übrigen Pfortaderästen. Makro- und mikroskopisch ist die Magen- und Darmschleimhaut völlig intakt, desgleichen die Milzpulpa. — Die Ursache der Pylephlebothrombose und der Magenblutung bleibt dunkel, da Lues nicht in Frage kommt. Das Magenbluten dürfte zur Gruppe der sog. parenchymatösen Magenblutung zu rechnen sein. *Cohn* (Berlin).

Harnorgane:

Geraghty, J. T., A study of the accuracy of the phenolsulphonphthalein test for renal function. (Untersuchungen über die Genauigkeit der Phenolsulfonphthaleinreaktion für die Nierenfunktionsbestimmung.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 191—192. 1913.

Die Funktionsprüfung bei Nierenerkrankungen wird von einem Teil namhafter Chirurgen für notwendig, von einem anderen Teil für überflüssig erklärt. Außer ihrer Wichtigkeit für die Prognose bei Nephrektomien ist die Funktionsprüfung der Nieren noch von Bedeutung bei Nephritis, um die Ausdehnung der Erkrankung zu erkennen, dann bei Miktionsstörungen als Gradmesser für die Nierenschädigung, endlich bei Verdacht auf Nierenerkrankung, um die Diagnose zu sichern. Es gibt zwei Wege der Funktionsprüfung, einmal die Untersuchung des Blutes auf Stoffe, die für gewöhnlich durch die Nieren ausgeschieden werden, und dann die Messung der Sekretionsfähigkeit der Nieren. Die Kryoskopie des Blutes, die Schätzung des Harnstoffs im Blut oder die Harnstoffbestimmung des albumenfreien Urins sind die meist gebräuchlichen Methoden der ersten Art. Vor 2 Jahren hat Rowntree und der Verf. eine Methode für die Prüfung der Nierensekretion durch Phthalein angegeben, die in einigen Teilen jetzt modifiziert ist.

Technik: 1 ccm Phthaleinlösung (6 mg) wird tief in die Muskulatur gespritzt und der Kranke angewiesen, nach Verlauf von einer Stunde und 10 Minuten und dann wieder nach 2 Stunden und 10 Minuten Wasser zu lassen. Der Urin wird getrennt aufgefangen. Der Farbstoff erscheint normal nach 10 Minuten und ist nach dieser langen Zeit daher sicher da. Diese Methode legt deshalb keinen Wert auf die Zeit des Eintritts der Reaktion, sondern auf die Menge des Ausgeschiedenen. Die Methode ist daher sehr einfach. Die Schätzung der ausgeschiedenen Menge des Mittels wird gemacht mit einem modifizierten Helligeschen Colorimeter und kann auch sehr exakt ausgeführt werden mit zwei graduierten Untersuchungsröhren. Wird die Untersuchung in Verbindung mit dem Ureterkatheterismus ausgeführt, so wird das Mittel intravenös injiziert und zweimal in Intervallen von 15 Minuten der Urin aufgefangen. Wenn beide Nieren erkrankt sind und es auf die Diagnose und den Vergleich der Arbeit beider Nieren ankommt, muß man längere Perioden als 15 Minuten wählen, da bei kurzen Zeiten zu viel Verschiedenheiten vorkommen. Man muß daher die Untersuchung auf eine Stunde ausdehnen.

Die Methode wurde in mehr als 200 Fällen von Nephritis und 350 Fällen von behinderter Urinentleerung ausgeführt, meist Prostatafällen, und in 150 Fällen einseitiger oder doppelseitiger Erkrankung in Verbindung mit dem Ureterenkatheterismus. Außerdem in über 1000 anderen Fällen zum Zwecke der Prüfung. Verf. hat seine früheren Erfahrungen bestätigt gefunden. Bei beginnender parenchymatöser Nephritis war die Reaktion nicht vermindert, bei länger bestehender deutlich. Bei chronisch interstitieller Nephritis sah Verf., ohne daß urämische Symptome bestanden, in einigen Fällen sehr langsame Reaktion; in dreien von diesen Fällen erfolgte der Tod wenige Monate später. In einem Fall zeigte die verminderte Reaktion eine interstitielle Nephritis an, die klinisch nicht nachzuweisen war und die wenige Monate später durch Urämie den Tod herbeiführte. Noch einige andere derartige interessante Fälle werden aufgeführt. *Kotzenberg* (Hamburg).

Krotoszyner, M., and George W. Hartman, Practical value of blood-cryoscopy for the determination of renal function. (Der praktische Wert der Blutkryoskopie für die Nierenfunktionsprüfung.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 188—191. 1913.

Verf. gibt einen Überblick über die Funktionsprüfung der Nieren mittels der Blutgefrierpunktsbestimmung und bespricht die Ansicht der verschiedenen bekannteren

Autoren, welche Anhänger und Gegner der Methode sind. Die von Krotoszyner angewandte Methode ist folgende:

Er benutzt ein Beckmannsches Thermometer mit fliegender Skala, die $^1/_{100}$ Grade anzeigt. Das käufliche destillierte Wasser wird mehrmals destilliert. Das Blut wird einer Armvene entnommen und direkt aus der Kanüle in das Glasrohr laufen gelassen. Während es läuft, wird es gerührt, bis das Fibrin sich absetzt. Das Blut wird über Nacht im Eisschrank aufgehoben und erst am nächsten Tage untersucht. Die Temperatur der Eismischung beträgt 3,5—4,5° C. Auch das Wasser soll vorgekühlt werden, aber eine zu starke Vorkühlung ist bei beiden Flüssigkeiten zu vermeiden.

Bei 31 Nierengesunden wurden Werte von 0,54—0,578 gefunden, darunter betrug in 26 Fällen die Gefrierpunktserniedrigung 0,55—0,57, also im Mittel 0,56. Bei 14 Kranken mit verschiedenen einseitigen Nierenkrankheiten, bei denen die Sondierung der anderen Seite normale Urinverhältnisse ergab, wurden 20 Kryoskopien ausgeführt. Die erhaltenen Werte schwankten zwischen 0,54 und 0,58. Die Operierten wurden alle geheilt. In 29 Fällen von Prostatahypertrophie wurde der Blutgefrierpunkt bestimmt. Verf. legt gerade bei dieser Erkrankung großen Wert auf die Bestimmung, weil ja sehr häufig bei diesen Kranken der Urin nicht getrennt aufgefangen werden kann. Der durchschnittliche Gefrierpunkt betrug bei den Prostatikern, welche mit oder ohne Operation starben, 0,60, bei den Geheilten 0,58. Verf. hält daher bei Prostatikern die Gefrierpunktsbestimmung sehr wichtig für die Prognose. K. hält die Kryoskopie den anderen Funktionsbestimmungsmethoden gegenüber für überlegen, weil sie nicht nur einen oder den anderen im Blut zurückgehaltenen Stoff anzeigt, sondern alle harnfähigen Stoffe. Er zieht die Methode auch colorimetrischen Methoden vor, weil es sich hierbei um die Einverleibung von Stoffen handelt, die normalerweise nicht im Körper vorkommen und von dem individuellen Resorptionsvermögen abhängen; zudem sind diese Methoden ganz unsicher bei Anwesenheit von Blut. *Kotzenberg* (Hamburg).

Thomas, B. A., The results of two hundred chromo-ureteroscopies employing indigocarmin as a functional kidney test. (Die Resultate von 200 Chromoureteroskopieen mit Indigocarmin als Nierenfunktionsprüfung.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 185—188. 1913.

Die funktionelle Untersuchung der voraussichtlich gesunden Niere ist für den Chirurgen fast wichtiger als die Diagnose der Nierenerkrankung selbst, wenn es sich um größere Eingriffe handelt. Es sind deshalb unendlich viele Methoden angegeben, aber die einzig ideale ist noch nicht gefunden worden. Verf. hält die Indigokarminreaktion für die beste aus folgenden Gründen: 1. Sie ermöglicht gute Schlüsse für die Funktions- oder Nichtfunktionsfähigkeit der Niere ohne Uretersondierung, die oft unmöglich und bei Blasentuberkulose gefährlich ist. 2. Die Vermeidung des Ureterenkatheterismus schaltet die Abweichungen in der physiologischen Nierentätigkeit aus, wie sie durch den Reiz der Sonde auf reflektorischem Wege erzeugt werden. 3. Die oft von allerlei Zufälligkeiten abhängige verschiedene Durchgängigkeit der Ureterenkatheter ist ausgeschaltet. 4. Die Methode ist einfach und setzt den Chirurgen in den Stand, sofort seine Schlüsse zu ziehen.

Die Technik des Verfahrens ist folgende:

Allgemeine, vorbereitende Maßnahmen für die Cystoskopie, von denen er besonders die Schaffung und Erhaltung einer tadellos klaren Blasenfüllung betont; tiefe intramuskuläre Injektion von 20 ccm einer 0,4 proz. Lösung. Sofort nach der Injektion werden genau beide Uretenmündungen beobachtet, während man sich zugleich über die sonstigen Blasenverhältnisse orientiert. Die Zeit des Eintritts der Reaktion wird notiert. Ist die Färbung des Urins nicht tiefblau, sondern hellblau oder grünlich, so muß eine halbe Stunde lang weiter beobachtet werden, und der genaue Eintritt der tiefblauen Färbung muß aufgeschrieben werden.

Seit Einführen der Methode ist an der Klinik des Verf. bei Nierenoperationen der Prozentsatz von 16,6% Todesfälle auf 2,5% herabgegangen. In 90% der Fälle sezernierten die Nieren einen hell- oder dunkelblauen Strahl nach 3—15 Minuten, in 61% der Fälle erschien dieser nach 10 Minuten; in 68,1% der Fälle mit normalen Nieren

trat die Reaktion auf beiden Seiten gleichzeitig auf. Bei 63 großen Nierenoperationen hat dem Verf. bisher die Reaktion gute Dienste geleistet. Dabei traten 5 Todesfälle auf, aber kein Nierentod war zu verzeichnen. *Kotzenberg* (Hamburg).

Vitry, G., La réaction de Weisz (ou épreuve du permanganate) dans l'urine des tuberculeux. Valeur pronostique. (Die Weißsche Reaktion [Permanganatprobe] im Urin Tuberkulöser und ihre prognostische Bedeutung.) Bull. de la soc. d'études scient. sur la tubercul. 2, S. 223—227. 1913.

Die Technik ist sehr einfach: Man füllt ein Reagensglas zum dritten Teil mit dem Urin, verdünnt mit dem doppelten Quantum Wasser und gießt die Hälfte in ein zweites (Test-)Glas ab. Dann setzt man 3 Tropfen einer 1 proz. Lösung von Kalium permanganicum in destilliertem Wasser zu. Auftreten von gelber Färbung bedeutet positiven Ausfall, dessen Stärke man nach der Intensität der Färbung taxieren kann. Nach Weiß wird durch das Kaliumpermanganat das normalerweise im Urin vorhandene Urochromogen zu Urochrom oxydiert, derselbe Körper, der die Ehrlichsche Diazoreaktion bewirkt. Urochrom gehört zu den Proteinsäuren. Da nun Beziehungen zwischen dem Zerfall von Körpereiweiß und der Ausscheidung von Proteinsäuren bestehen, so weist positiver Ausfall der Urochromprobe ganz allgemein auf vermehrten Zerfall von Gewebseiweiß, d. h. auf schwere, zehrende Krankheit hin (so bei Typhus, vorgeschrittenem Carcinom, schwerem Diabetes, Tuberkulose).

Verf. fand bei 20 normalen Urinen nie positive Weißsche Reaktion. Bei schnellfortschreitender Lungentuberkulose war die Reaktion stets stark positiv, bei Tuberkulose anderer Organe (Hoden, Hüfte usw.) schwach positiv oder negativ. Prognostische Bedeutung besitzt die Reaktion für die chronischen Formen der Lungentuberkulose. Vitry fand sie bei 16 Fällen im 1. Stadium 12 mal negativ, 3 mal schwach, 1 mal mittelstark positiv und 13 mal negativ; bei 28 Fällen im 3. Stadium 8 mal stark, 9 mal mittel, 7 mal schwach positiv und 4 mal negativ. Bei hektischem Fieber ist die Probe stets stark positiv, sonstige Fiebersteigerungen scheinen ohne Einfluß auf den Ausfall. Von 6 Kranken, die ihrer Tuberkulose erlagen, hatten 5 stark positive Reaktion, 1 trotz starker Kachexie kurz vor dem Tode nur schwach. Vergleichsuntersuchungen ergaben in prognostischer Beziehung weitgehende Übereinstimmung der Permanganatprobe mit der Cutanreaktion: in 18 Fällen mit schwacher Cutanreaktion war die Weißsche Probe 7 mal stark, 6 mal mittelstark, 5 mal schwach positiv. Vor der Diazoreaktion hat die Urochromprobe den Vorzug, daß sie einfacher auszuführen und empfindlicher ist als jene. Bei positiver Diazoraktion fand V. stets auch positive Permanganatprobe, dagegen war letztere in 6 Fällen positiv, in denen Diazo negativ war. Die Erklärung sucht V. darin, daß es zwei Urochrome gibt, die beide durch Permanganat sofort oxydiert werden, während das eine bei der Diazoreaktion erst nach 24 stündigem Aufenthalt im Brutschrank sichtbar wird. Kreosot und Tannin sind auch in vitro ohne Einfluß auf die Weißsche Probe. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Dobrotworsky, B., Ein Fall isolierter Tuberkulose der einen Hälfte einer anomalen (doppelten) Niere. Zeitschr. f. Urol. 7, S. 93—96. 1913.

In mitgeteiltem Fall wurde bei Vorhandensein von Tuberkelbacillen im Urin die Diagnose per exclusionem durch Katheterismus der gesunden Niere gestellt. Die Operation förderte angeführtes Krankheitsbild zutage und stellte außerdem einen doppelt angelegten Ureter fest, was der cystoskopischen Untersuchung entgangen war und bei Katheterismus der gesunden Nierenhälfte zu einem schweren diagnostischen Irrtum hätte führen können. Pat. wurde durch Nephrektomie geheilt. *Rehn* (Jena).

Cathelin, F., Les traumatismes du rein. (Die Verletzungen der Niere.) (*Hôp. d'urol. et de chirurg. urin.*) Rev. prat. d. malad. d. org. génito-urin. 10, S. 1—13. 1913.

Greggio, E., Potere plastico del grande omento e processo di riparazione delle ferite con perdita di sostanza della vescica urinaria. (Plastische Fähigkeit des großen Netzes und der Vorgang bei der Reparation von Substanzverlusten der Harnblase.) Gaz. med. lombarda 72, S. 11—bis 12. 1913.

Greggio schnürte bei Hunden ein Stück der Harnblase durch einen Seidenfaden ab, brachte dann diesem abgeschnürten Stück eine Wunde bei und pflanzte auf die Wunde einen Teil des großen Netzes. Dieses verschloß das ausgeschaltete Blasenstück und wandelte sich nach und nach in Bindegewebe um, welches sich mit dem Bindegewebe der Seitenränder vereinigte. Das Epithel degenerierte in dem abgeschnürten und verwundeten Blasenteil zunächst fast völlig, dann aber traten kleine neue Epithelherde auf, namentlich an den Stellen, wo der Seidenfaden lag, und wo die Wunde sich be-

fand, und von diesen Herden aus fand eine völlige Regeneration des Epithels statt, so daß sogar die innere Fläche der bindegewebigen Netznarbe damit überzogen wurde. Die Hunde vertrugen diese Experimente gut, der umgelegte Seidenfaden stieß sich ins Blaseninnere ab, und es entstand eine mehr oder weniger breite Verbindung zwischen dem abgeschnürten Teil und der eigentlichen Harnblase. Ein Teil der Muskelbündel ging an dem abgeschnürten Teil der Harnblase zugrunde. *Herhold* (Hannover).

Keyes, Edward L., A case of carcinoma of the bladder controlled by the high frequence current. (Ein Fall von Blasenkrebs kontrolliert mittels Hochspannungsstrom.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16,** S. 79—81. 1913.

Keyes gibt die Krankengeschichte eines mittelst Operation entfernten, aber rezidivierten Blasenkrebses, welchen er öfters mittelst elektrischen Stromes brannte. Pat. starb jedoch zwei Jahre nach der ersten Operation, während der Behandlung, infolge Herzerweiterung. Im übrigen gibt er allgemeine diagnost.sche Hinweise. *v. Lobmayer* (Budapest).

Grandjean, A., Perforation vésicale tardive par une ligature intraabdominale à la soie. (Späte Perforation der Blase durch einen von einer Unterbindung in der Bauchhöhle herrührenden Seidenfaden.) Folia urol. **7,** S. 281 bis 288. 1913.

Verf. beschreibt einen Fall, in dem eine bei der Operation einer Eileiterschwangerschaft verwandte Seidenligatur im Verlauf von $2^1/_2$ Jahren die Blasenwand durchsetzt und zu einer schweren Fremdkörpercystitis geführt hat. Der Faden hing mit 2 cm seiner Länge in der Blase, war im ganzen $4^1/_2$ cm lang und besaß an seinem der Bauchhöhle zugewandten Ende einen Knoten. Er konnte trotzdem leicht unter Leitung eines Ureterencystoskops mit einer in dieses eingefügten Blumschen Zange entfernt werden. Verf. warnt vor der Verwendung unresorbierbaren Nahtmaterials in der Tiefe. Ausführliche Krankengeschichte. *Ellermann* (Danzig).

Gorodistsch, S. M., Zur Pathologie und Therapie der Cystitis colli proliferans s. vegetativa. Zeitschr. f. Urol. **7,** S. 81—92. 1913.

In dem vom Verf. mitgeteilten Fall hatte sich die genannte Erkrankung im Anschluß an eine chronische Gonorrhöe der Pars posterior urethrae entwickelt (35 Jahre alter Mann). Die Diagnose wurde cystoskopisch gestellt. Nach Verätzung der Wucherungen mit dem Platinbrenner und Didayschen Spülungen erhebliche Besserung der Beschwerden. Als auslösendes Moment ist für diese Zottenwucherungen am Blasenhals, analog den häufiger zur Beobachtung kommenden papillären Wucherungen am Orificium externum, der chronische Reiz des gonorrh. Sekrets zu betrachten. *Rehn* (Jena).

Feiber, Lithotripsie oder Lithotomie? Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 247 bis 248. 1913.

Feiber empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen, die er an 900 Steinoperationen bei Geheimrat Marx - Bad Wildungen gesammelt hat, die Lithotripsie gegenüber der Lithotomie. Nur in 4 Fällen mußte zwecks Entfernung des Steines die Sectio alta ausgeführt werden. Die Entfernung der Steine gelang meist in einer Sitzung, mehr als 3 waren nie notwendig. In 6 Fällen mußte die allgemeine Narkose angewandt werden, in den übrigen genügte die lokale Anästhesierung der Harnröhre und des Blasenhalses vermittels einer 2 proz. Cocainlösung. Rückfälle sind selten, sicher nicht häufiger wie bei der Lithotomie. Die Mortalität ist sehr gering, nicht ganz $^1/_2$% (4 Todesfälle auf 900 Operationen). Nicht unwichtig ist ferner, daß sich besonders messerscheue Patienten zu dieser nach ihrer Ansicht operationslosen Behandlung eher entschließen und meistens bereits am 2. Tage nach der Operation ihren Geschäften wieder nachgehen können. *Münnich* (Erfurt).

Bucklin, Charles Aubrey, Comparison of internal and external urethrotomies for tight strictures of the male. (Die äußere und innere Urethrotomie bei engen Strikturen der männlichen Harnröhre.) Med. record **83,** S. 19—20. 1913.

Von Otis stammen zwei Instrumente, welche bei der Behandlung von Harnröhrenstrikturen eine Rolle spielen, das Urethrometer und das Urethrotom. Von ihnen weist das letztere den großen Nachteil auf, daß es einmal ohne vorhergehende Dilatation der Harnröhre — sei es durch das Maisonneuvesche Instrument oder den Thompsonschen Divulsor — nicht eingeführt werden kann und außerdem häufig unangenehme Komplikationen, wie die abnorme Verkrümmung des Penis bei der Erektion im Gefolge hat. Dazu kommt, daß die innere

Urethrotomie bei sehr bedeutenden Strikturen und bei solchen, die sich auf eine Länge von 2—3 cm hin erstrecken, nicht vollständig ausgeführt werden kann, und daß andererseits die unvollkommen durchtrennten Bindegewebsmassen an der strikturierten Stelle infolge ihrer Neigung zur Kontraktion die stete Gefahr eines Rezidivs bilden.

Bucklin empfiehlt daher eine andere Behandlungsweise. Seiner Erfahrung nach glückt die Einführung eines korkzieherähnlich endenden Fischbeinbougies fast in allen Fällen. Diese Bougierung schickt er der operativen Behandlung der Striktur voraus. B. bedient sich ausschließlich der Urethrotomia externa, welche, kombiniert mit guter Nachbehandlung, weit bessere Resultate gibt als irgendeine andere Methode. Dieser Methode bedient sich der Verf. seit 1875. In den Fällen einer vollkommenen Harnverhaltung durch Striktur wird unter Anwendung künstlichen Lichtes, eines Reflektors und eines Vergrößerungsglases mit einer feinen Sonde nach der Öffnung im Strikturgewebe gesucht. In seltenen Fällen bestand gar keine Öffnung, so daß man zu einem suprapubischen oder Perinealschnitt seine Zuflucht nehmen mußte. Zur Erreichung einer dauernden Durchgängigkeit der Harnröhre nach Urethrotomie empfiehlt der Verf. den meatus urethrae an der Unterseite zu spalten, so daß eine Metallsonde — 20—30 Charrière — eingelegt werden kann. Bedient man sich des in der Dicke verstellbaren Urethrometers, so ist die Incision überflüssig. Jedoch gibt die Spaltung des meatus bessere Resultate. Die Dilatation erfolgt einen Monat lang täglich, dann einen Monat lang jeden zweiten Tag und hierauf ein Jahr hindurch wöchentlich. Bei vorhergegangener äußerer Urethrotomie ist ein Rezidiv nicht zur Beobachtung gekommen. Zur Ausführung der Operation wendet der Verf. Novocain an, das subcutan appliziert wird. *Saxinger* (München).

Loumeau, E., Tumeur de l'urètre. (Geschwulst der Urethra.) Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Bordeaux **34**, S. 57—58. 1913.

Der operativ entfernte Tumor saß direkt hinter der Glans penis der Urethralwand fest an, war etwa olivengroß und derb. Er bestand seit 6 Jahren. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine entzündliche Neubildung. Heilung. *Posner* (Heidelberg).

Ottow, Benno, Ein primäres Urethralcarcinom der Fossa navicularis. Zeitschr. f. Urol. **7**, S. 30—33. 1913.

Bis jetzt sind 57 Harnröhrenkrebse bei der Frau und 42 Fälle beim Manne beobachtet. Bei der männlichen Harnröhre sind die Pars cavernosa und die Pars membranacea Prädilektionsstellen. Der Fall von Ottow ist der erste, der von der Fossa navicularis ausgeht. Amputatio penis bei dem 69jährigen Patient. Nach 1/2 Jahr noch kein Rezidiv. *Oehlecker* (Hamburg).

Pfister, Edwin, Ein Harnröhrenstein bei Bilharziakrankheit. (*Städt. Krankenh., Wiesbaden u. Poliklin. v. Dr. Pfister, Kairo.*) Zeitschr. f. Urol. **7**, S. 97—103. 1913.

Bei der Bilharziaerkrankung sind Steine in der Harnröhre (entweder dort gebildet oder von oben herabgestiegen) durchaus nicht selten (7%). Verf. veröffentlicht einen derartigen Fall mit besonderer Berücksichtigung der Histologie. Der kleine Stein bestand aus Uraten und Harnsäure. Er fand sich bei einem 10jährigen Araberknaben, bei dem die Miktion etwas erschwert war und ausstrahlende Schmerzen bestanden. Der Stein war von außen in der Pars pendula zu fühlen. Im Urin fanden sich Eier von Distomum haematobium. Der Stein wurde histologisch untersucht und zeigte in seinem Zentrum Bilharziaeier. Die periphere Schicht bestand aus Harnsäurekrystallen. Die Frage, ob der Stein aus den oberen Harnwegen oder aus der Urethra selbst stammt, wird offen gelassen. *Kotzenberg* (Hamburg).

Männliche Geschlechtsorgane:

Goldberger, Jaques, Zur Technik der Prostatectomia suprapubica. Zeitschr. f. Urol. **7**, S. 104—110. 1913.

Verf. bespricht die Anästhesierungsverfahren bei der Prostatektomie und ihre Bedeutung für den Operationserfolg. So hat Freyer bei 200 Fällen von Prostatektomie 9 Todesfälle und davon 6 durch die Folgen der Narkose. Young hat eine Mortalitätsstatistik von 3,8% davon die Hälfte auf Konto der Allgemeinnarkose, Zuckerkandl bei einer Mortalität von 17%, 70% der Todesfälle durch die Folgen der Narkose bedingt. Auch die Spinalanästhesie ist nicht recht brauchbar, weil sie im höheren Alter oft schwer

ausführbar und zu dem nicht ungefährlich ist. Verf. empfiehlt die Lokalanästhesie und die Operationstechnik von Professor Chevassu: Bestimmung der Nierenfunktion durch Untersuchung der „Constante uréique" nach Ambard. Wenn der Wert über 0,15 ist, ist der Eingriff bedenklich.

Nach den üblichen Vorbereitungen wird die Lokalanästhesie mit einer Novocainlösung 1 : 200 (ohne Adrenalin) gemacht. Nach dem Hautschnitt werden wieder einige Kubikzentimeter Novocain in die Fascie bis zum oberen Rand der Symphyse injiziert, und auch die Muskelschicht infiltriert. Die Blase wird mit Luft gefüllt. Anästhesierung des prävesikalen Raumes durch das hintere Blatt der Fascie hindurch. Infiltration der Blasenwand zu beiden Seiten der Mittellinie. Nach Eröffnung der Blase wird zur Enucleation der Prostata ein ganz kurzer Chloräthylrausch gemacht. Die Enucleation geschieht mit Hilfe der lang gelassenen Nägel des Mittel- und Zeigefingers, mit denen auch die Schleimhaut incidiert wird. Drainage des Prostatabettes und Irrigation der Blase mit heißem Wasser. Einlegen eines Katheters. Von 30 Operierten starben 3, davon kein Nierentod oder Infektion. *Kotzenberg* (Hamburg).

Thompton, Ralph, Two cases of prostatic calculi. (2 Fälle von Prostatasteinen.) Proceed of the roy. soc. of med. **6**, Clin. sect. S. 49—50. 1913.

Legueu, F., Le phlegmon diffus péri-vésical d'origine prostatique. (Diffuse perivesicale Phlegmone prostatischen Ursprungs.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **3**, S. 1—7. 1913.

Seltener Fall, erst durch die Sektion geklärt, deren Ergebnis ebenso wie die Krankengeschichte ausführlich mitgeteilt ist. Striktur, Urininfiltration trotz perinealer Incision fortschreitend, Tod. Die Prostata vereitert, das ganze perivesikale Bindegewebe diffus phlegmonös. Führt die perineale Incision bei Fällen von Urininfiltration zu keiner Besserung, so sind Prostata und tiefere Teile besonders sorgfältig zu untersuchen. Die Behandlung sollte in ähnlichen Fällen in ausgiebiger Drainage nach unten und oben bestehen. *v. Lichtenberg* (Straßburg).

Weibliche Geschlechtsorgane:

Sippel, Albert, Über differential-diagnostische Schwierigkeiten in der Gynäkologie. Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 263—265. 1913.

Verf. warnt vor der Diagnose „Hysterie", wenn im Bereich der weiblichen Genitalien über Beschwerden geklagt wird. Fehldiagnosen, wie Übersehen einer kleinen Hernie der Linea alba, Verwechslungen einer Ovarie mit einer Appendixadhäsion, einem Coecum mobile oder einer Sigmoiditis kommen vor. Die Parametritis post. erklärt manche Beschwerden einer angeblichen Hysterie; durch methodische Dehnung der entzündeten Ligamente kann man Heilung erzielen. Kleinere Cysten, Stauungszustände in den Ovarien usw. lassen sich palpatorisch sehr schwer feststellen. Verf. empfiehlt zur Differentialdiagnose, ob ein angegebener Schmerz einen anatomischen Grund hat oder hysterisch-psychogen ist, die Narkose bis zum Erlöschen des Bewußtseins und der Reflexerregbarkeit im allgemeinen. Wenn dann die schmerzhafte Stelle noch einen Reflex auszulösen vermag, so spricht dies nach Verf. Meinung für eine anatomische Schädigung. Aber auch bei grob anatomischen Veränderungen ergeben sich in der Gynäkologie Schwierigkeiten. Bericht über einen Fall von Teratom des Ovariums, der als Extrauteringravidität trotz mehrwöchiger Beobachtung angesehen wurde. Die Operation ergab den Irrtum; eine Untersuchung in steiler Beckenhochlagerung hätte wahrscheinlich zur richtigen Diagnose geführt, da es sich um einen beweglichen stielgedrehten Tumor handelte. Verf. empfiehlt warm die steile Beckenhochlagerung zur Orientierung über die anatomischen Beziehungen der Abdominalorgane zueinander. *Brewitt* (Lübeck).

Lehmann, Franz, Klimakterische Blutungen und Carcinomprophylaxe. Zentralbl. f. Gynäkol. **37**, S. 96—100. 1913.

Es wird der auch in Merkblättern zur frühzeitigen Erkennung des Gebärmutterkrebses verzeichneten Ansicht entgegengetreten, daß die „Wechseljahre" mit stärkeren Blutungen einhergingen. Das Gegenteil entspricht der Norm. Jede stärkere Blutung sollte die Betreffende zum Arzte führen, der durch Probecurettement und mikroskopische Diagnose die Ursache der Blutung

festzustellen hat. Nur so wird die Zahl der Inoperablen und zu spät Operierten sich verkleinern und damit die Heilungszahl steigen. *Eugen Schultze* (Berlin).

Wolkowitsch, Nicolai, Ein Fall von hartnäckiger Harninkontinenz bei einer Frau, der durch die von mir vorgeschlagene Operationsmethode bei schweren Blasenscheidenfisteln geheilt wurde. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. **37,** S. 202—206. 1913.

Inkontinenz der Blase bei einer 24jährigen Nullipara, schon einmal mit Gersunyscher Drehung der Harnröhre behandelt, wurde vom Verf. nochmals nach dieser Methode operiert. Kein Erfolg infolge dieses Eingriffs, sondern Entstehung einer Urethrovaginalfistel. Verschluß der letzteren und Beseitigung der Inkontinenz durch Verlagerung des Uterus unter die Fistel: Längsspaltung der vorderen Vaginalwand, Herabziehen des Uterus, Einnähen des Collum uteri in die Fistelgegend mit zwei die Vaginalwand durchgreifenden Seidennähten, die 16 Tage liegen bleiben. Am Schlusse der Operation ragt die Cervix etwas vor die äußere Urethralöffnung hervor. *Kalb* (Stettin).

Gussakoff, L. A., Retrocervicaler extraperitonealer Echinokokkus als Geburtshindernis. Ärzte-Zeitung **20,** S. 6—9. 1913. (Russisch.)

Bei der Untersuchung einer 29jährigen Kreißenden findet der Autor einen retrocervical gelagerten Tumor, welcher ein absolutes Geburtshindernis darstellt. Es wird die hintere Kolpotomie vorgenommen, dabei reißt die Kapsel des Tumors: es entleert sich eine klare Flüssigkeit und mehrere haselnußgroße blasenförmige Gebilde. Da infolgedessen Echinokokkus vorausgesetzt wird, werden möglichst alle Tochterblasen entfernt und die Kapsel mit Xeroformgaze tamponiert. Die Geburt geht unter Anlegung der Zange auf natürlichem Wege vor sich. In der 3. Woche des Wochenbettes gelingt es, die ganze Kapsel zu entfernen. Pat. wird völlig gesund entlassen. *v. Holst* (Moskau).

Gliedmaßen.

Obere Gliedmaßen:

Behrend, Ein Fall von isolierter traumatischer Lähmung des Nervus suprascapularis. (*Kreis-Krankenh. i. Frauendorf b. Stettin.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 249—250. 1913.

Den 26 bisher publizierten Fällen von isolierter Lähmung des N. suprascapularis fügt Behrend eine weitere Beobachtung hinzu. Eine wenig intensive, stumpfe Gewalt trifft von hinten die Schulter eines Schmiedes und führt zu völliger Atrophie des M. supra- und infraspinatus. Die hierdurch bedingte Störung äußert sich im wesentlichen in der behinderten Hebung und verlangsamten Außenrollung des Arms. In einigen Fällen ist eine habituelle Subluxation im Schultergelenk beschrieben. Bei erheblichem Funktionsausfall kann auf operativ-plastischem Wege eine Besserung erstrebt werden, indem man entweder einen benachbarten Nervenast aus dem Plexus cervicalis heranzieht oder einen Muskellappen aus dem Trapezius resp. Latissimus dorsi überpflanzt. *Meyer* (Köln a. Rh.).

Untere Gliedmaßen:

Schaeffer, J. Parsons, On two muscle anomalies of the lower extremity. (Über zwei Muskelanomalien an der unteren Extremität.) (*Anat. laborat., Yale med. school.*) Anat. record **7,** S. 1—7. 1913.

In dem einen Fall handelt es sich um einen zweiköpfig entspringenden Musculus sartorius, dessen abnormer, an Masse geringerer Teil von der Eminentia ileopectinea seinen Ursprung nimmt. Im zweiten Falle liegt ein als Musculus tensor fasciae suralis aufzufassender überzähliger Muskel vor, welcher von der Sehne des langen Bicepskopfes entspringt und sich an der Fascia cruris befestigt. *Hartert* (Tübingen).

Morestin, H., Malformation complexe du membre inférieur. Luxations congénitales de la hanche et du genou. (Mehrfache Mißbildung des Unterschenkels. Congenitale Hüft- und Kniegelenks-Luxation.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 147—155. 1913.

Die in der Überschrift gekennzeichnete Mißbildung, die durch 4 Abbildungen und 3 Röntgenbilder besonders klar wird, bestand bei einem 31jährigen Maurer von Geburt an, und zwar am rechten Bein; trotzdem aber verrichtete der Patient seine Arbeit und trug schwere Lasten. *Valentin* (Berlin).

Langbein, R., Beitrag zur Behandlung der Ischias mit epiduralen Injektionen. (*Med. Univ.-Klinik, Leipzig.*) Dtsch. med. Wochsenchr. **39**, S. 20—21. 1913.

Verf. benutzt nach dem Vorgang von Läwen eine 1proz. Novocainbicarbonatlösung (Natrium bicarbonicum 0,25, Natr. chlorat. 0,5, Novocain 1,0, Aqua destill. ad 100,0). Injektion in den Hiatus sacralis, dessen Auffindung allerdings oft schwierig ist. Die Injektion wird in sitzender Stellung möglichst langsam ausgeführt. Nach 15—20 Minuten sind die Beschwerden verschwunden. Die Injektion wurde bei 12 Patienten ausgeführt; sieben davon sind geheilt und bis jetzt rezidivfrei. Verf. rät vor Ausführung der Injektion zunächst eine 14tägige Behandlung mit den üblichen Antineuralgicis zu versuchen. *Tachau* (Berlin).[M]

Bogoras, N. A., Die Resektion der unteren Extremität. Ein neues Verfahren für Exzision des Kniegelenks bei umfangreicher Erkrankung desselben. Ärzte-Zeitung **20**, S. 3—5. 1913. (Russisch.)

Autor empfiehlt die von ihm als „Resektion der unteren Extremität“ bezeichnete Operation in Fällen schwerer tuberkulöser Panarthritis oder bösartiger Geschwülste, wenn die Kapsel des Gelenks durchwuchert und die umgebenden Weichteile mitergriffen sind, während das Gefäßnervenbündel noch erhalten ist. Das Verfahren ist folgendermaßen:

Längsschnitt durch die Mitte der Kniekehle, Freilegung und Isolierung der Gefäße und der Nerven, zwei zirkuläre Schnitte durch die Weichteile in der Höhe der beiden Enden des freiliegenden Gefäß-Nervenbündels. Resektion der Knochen, Vereinigung der Knochenfragmente durch Aluminium-Bronzedraht. Periost und Muskeln werden mit Seidennähten vereinigt. Das Gefäßbündel wird S-förmig gewunden zwischen die Muskeln gelagert. Zirkuläre Hautnaht.

Der Autor hat 2 Fälle tuberkulöser Panarthritis, welche zur Amputation bestimmt waren, nach dieser Methode operiert, in einem Fall mußte wegen eines Rezidives nach 1 Monat der Femur exartikuliert werden, im anderen konnte ein um 9 cm verkürztes, aber funktionstüchtiges Bein erhalten werden. Der Autor sieht den Vorteil der Operation darin, daß stets im Gesunden operiert werden kann, und daß die Möglichkeit, die Wundflächen und Knochenfragmente innig miteinander zu vereinigen, eine Heilung per primam und eine feste Verwachsung der Knochen garantiert, während der Nachteil, die starke Verkürzung, wenig in Betracht kommt, da die Methode in solchen Fällen angewandt werden soll, in welchen früher die Amputation des Oberschenkels vorgenommen werden mußte. *v. Holst* (Moskau).

Falcone, Roberto, Su di un enorme fibrolipoma della coscia. (Über ein sehr großes Fibrolipom des Oberschenkels.) (*II.a clin. chirurg. e semiot., univ. Napoli.*) Giorn. internaz. delle scienze med. **35**, S. 67—81. 1913.

Ausführliche makro- und mikroskopische Beschreibung eines 3200 g schweren Fibrolipoms, das sich am Oberschenkel einer 22jährigen Frau fand und das im Anschluß an wiederholte Infektion der bedeckenden Haut außerordentlich an Umfang zugenommen hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab deutliche Elephantiasis mit gleichzeitiger Blut- und Lymphgefäßneubildung, die der Verf. nicht als selbständige Neubildung, sondern als Folge der Zirkulationsstörungen durch die wiederholten Entzündungen betrachtet. *Strauß* (Nürnberg).

Nespor, Beitrag zur Kasuistik der Refrakturen der Patella. (*K. K. Marinespit., Pola.*) Wien. med. Wochenschr. **63**, S. 451—454. 1913.

Nespor berichtet über 3 Refrakturen der Patella, die alle durch ein leichtes Trauma eintraten (2 mal Ausrutschen, 1 mal Strecken des Beins). In einem Falle wurden die Fragmente mit 2 starken Seidennähten vereinigt, ein Lappen der Quadricepssehne nach unten geschlagen und am Periost des unteren Fragments fixiert (Föderl); die beiden anderen Kranken (Nespor) wurden mit Spechtenhauserscher Drahtseide Nr. 5 und 9 genäht, wobei sowohl die Cerelage nach Lejars wie die direkte Naht der Bruchstücke Anwendung fand. In allen drei Fällen trat völlige Arbeitsfähigkeit wieder ein. *Creite* (Göttingen).

Kelly, R. E., Suture of crucial ligaments of knee. (Naht der Kreuzbänder des Knies.) (*Liverpool med. inst., meet. of Jan. 9th.*) Lancet **184**, S. 245. 1913.

Kelly zeigt einen Fall von Naht der Ligamenta cruciata des rechten Kniegelenkes bei einem 33jährigen Fuhrmann mit ausgezeichnetem Resultat. Der Mann hatte einen Stoß auf

der Außenseite des Knies bei gestrecktem Gelenk bekommen; eine Hautpartie auf der Innenseite hatte sich als Falte zwischen Tibia- und Femurende gefangen. Extreme Gelenkbeweglichkeit, Dislokation nach rückwärts und Reposition ganz leicht. Nachdem das Bein 5 Tage lang auf einer Thomasschen Knieschiene gelegen hatte, wurde das Gelenk durch eine lange horizontale Incision eröffnet, die Kreuzbänder und das innere Seitenband mit Katgut genäht. Schluß der Wunde und Lagerung auf der Thomasschiene 3 Monate lang. *Hirschmann* (Berlin).

Jaffé, J., Die Behandlung des Ulcus cruris mit getrockneter Luft. (*Univ.-Klinik f. Hautkrankheiten.*) Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. **10**, S. 73—75. 1913.

Die von dem Apparat Siccor erzeugte Trockenluft von Zimmertemperatur wurde in 15 besonders schweren Fällen von Ulcus cruris traumaticum und varicosum angewandt. Hiervon wurden zwei völlig geheilt, bei den übrigen wurde Besserung erzielt; die subjektiven Beschwerden wurden fast ausnahmslos herabgemindert. *Colley* (Insterburg).

Boeckel, André, Un cas de sarcome primitif des gaines synoviales tendineuses de la région malléolaire interne droite. (Ein Fall von primärem Sarkom der Sehnenscheiden der rechten inneren Malleolengegend.) Prov. méd. **26**, S. 36—37. 1913.

Ein primäres Fibrosarkom der Sehnenscheide des großen Beugers der großen Zehe in Höhe des Malleolus internus wird August 1907 exstirpiert. Ein ebenfalls nur in der Sehnenscheide sitzendes Rezidiv wird April 1908 exstirpiert, desgl. Januar 1909. Erst das dritte Rezidiv November 1910 macht eine Exstirpation der Haut, eine Entfernung sämtlicher Beugesehnen in der Nähe des Tumors, die mitergriffen sind, nötig — eine Amputation war abgelehnt worden. Da Pat. seit dieser Zeit rezidivfrei ist, die Rezidive außerdem stets lokale waren, so kommt Verf. zu dem Schlusse, daß man bei derartigen Sarkomen mit kleinen Eingriffen auskommen kann, ohne verstümmelnde Operationen vornehmen zu müssen. Eine nichtoperative Therapie will er allerdings nur für nicht operable Fälle gelten lassen. *Coste* (Magdeburg).

Bankart, A. S. Blundell, On the treatment of club-foot in early childhood. (Über die Klumpfußbehandlung im frühen Kindesalter.) Clin. journal **41**, S. 282—286. 1913.

Die besten Resultate bei der Behandlung des angeborenen Klumpfußes werden erzielt, wenn die Beseitigung der Deformität unmittelbar nach der Geburt des Patienten in Angriff genommen wird. Die Korrektur der Mißbildung besteht bei jungen Individuen in Tenotomien und unblutigen Redressements bis zur Überkorrektur, in der der Fuß solange zu halten ist, bis er eine dauernd normale Stellung einnimmt. Verf. empfiehlt, zunächst die Varität zu beseitigen. Zu diesem Zwecke macht er zum Beginne eine subcutane Durchschneidung der Sehnen der Mm. tibralis anticus und posticus; dann erst redressiert er. Das erhaltene Resultat wird durch eine Schiene festgehalten; neue Redressements folgen, bis die Varusstellung völlig beseitigt erscheint. Nach einigen Monaten redressiert er dann nach subcutaner Tenotomie der Achillessehne die Spitzfußstellung. Sobald das Kind zu laufen anfängt, ist ein Gehapparat zu verordnen. Nach beendeter Behandlung ist vieljährige ärztliche Beobachtung notwendig. *Bibergeil* (Berlin).

Forbes, A. Mackenzie, Clawfoot, and how to relieve it. (Klauenfuß und seine Behandlung.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16**, S. 81—83. 1913.

Verf. bespricht die Symptome des „Klauenfußes" und die Unterschiede gegenüber dem Klumpfuß. Der Klauenfuß kommt nach ihm niemals angeboren vor und macht sich auch erst längere Zeit nach der Geburt geltend. Von den verschiedenen Theorien für die Entstehung glaubt er, daß jede für bestimmte Gruppen berechtigt sei, keine aber allgemeine Geltung haben könne. Seine Behandlung besteht in der Transplantation der Sehnen des Extens. digit. long. und hallucis long. an die Köpfchen der Metatarsalia. Das Verfahren ist von Mackenzie in Toronto ausgedacht und nur in der Ausführung vom Verf. modifiziert und mit der Durchschneidung der Plantarfascie und in ganz veralteten Fällen mit der keilförmigen Osteotomie der Metatarsalia kombiniert worden. 2 Skiagramme, die vor und nach der Operation aufgenommen sind, erläutern den Erfolg gut. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie
Band I, Heft 6 und ihre Grenzgebiete S. 201—232

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Chamberlain, N. H., Transfusion. (Transfusion.) California State journal of med. **11**, S. 23—25. 1913.

Chamberlain hat in einer Reihe von Fällen die Bluttransfusion mittelst Crilescher oder Elsbergscher Kanüle ausgeführt. Obwohl die Transfusion zu den kleineren Operationen gerechnet wird, erfordert sie zum Gelingen die Beachtung vieler technischer Einzelheiten. Verf. beschreibt ausführlich die Technik, welche sich ihm bewährt hat. *Hartert* (Tübingen).

Semon, Henry, Raynaud's syndrome and syphilis. (Raynaudsches Syndrom und Lues.) Brit. med. journal **2719**, S. 278—279. 1913.

Auf Grund einer eigenen Beobachtung und 4 aus der Literatur gesammelter Fälle von Raynaudscher Krankheit, wo antiluetische Behandlung Erfolg brachte, fordert Verf. in einschlägigen Fällen die Ausführung der Wassermannschen Reaktion und Salvarsanbehandlung. *Krüger* (Weimar).

Bennecke, H., Ablehnung der traumatischen Entstehung von perniziöser Anämie bei zwei Fällen. (*Med. Klin., Jena.*) Ärztl. Sachverst.-Zeit. **19**, S. 93—99. 1913.

Sikora, P., Les lymphorragies et leur traitement. (Die Lymphorrhagien und ihre Behandlung.) Presse méd. **21**, S. 111—112. 1913.

Die Verletzung großer Lymphstämme, sei es durch direkte Traumen oder Arrosion bei Tumoren, kann gefährlich werden durch Infektion, sehr viel seltener durch Erschöpfung, infolge ständigen Abflusses. Die Kompression der Gefäße direkt an der Wunde oder indirekt am Stamme ist nur dann am Platze, wenn die operative Therapie — Ligatur, seitliche Anastomose — aus technischen Gründen unmöglich ist. Bei den sekundären Fisteln kommt man am besten mit Kauterisation zum Ziele. *Coste* (Magdeburg).

Abercrombie, Rodolph, The treatment of muscular paresis by means of eccentric movements. (Die Behandlung von Muskellähmungen mittels exzentrischer Bewegungen.) Brit. med. journal **2719**, S. 277—278. 1913.

Verf. empfiehlt die Behandlung verschiedenartigster Lähmungen mittels sog. exzentrischer Bewegungsübungen. Bei Ausführung derselben wird der gelähmte Muskel zuerst in die Stellung seiner größten Verkürzung gebracht, darauf langsam gedehnt, wobei der Patient Widerstand leisten muß. Es gelingt so, auch in scheinbar ganz gelähmten Muskeln, noch Reste von Kontraktionsfähigkeit zu entdecken und durch Übung zu entfalten.

Ein 11 jähriger Knabe, der 4 Wochen lang wegen Radialislähmung vergeblich mit Massage und Elektrizität behandelt war, konnte nach 10 Tagen die Hand gestreckt halten. Weiter wird günstiges berichtet bei Poliomyelitis anterior, Facialislähmung, Deltoideslähmung. Die Behandlung wird in 2—3 maligen Sitzungen pro Tag mit je 5—10 Bewegungen ausgeführt. Überanstrengung schadet. *Krüger* (Weimar).

Mitchell, T. J., Nerve surgery. (Nervenchirurgie.) Journal of the roy. army med. corps **20**, S. 139—156. 1913.

Mitchells kasuistische Mitteilung bringt Fälle von Neurolyse, Neurorrhapie, Nervenplastik, Nervendehnung sowie Trepanationen wegen Schädelverletzung. Interessant ist eine gelungene Facialisplastik. End-zu-Endanastomose zwischen proximalem Stumpf des im Biventer-Sternocleido-Dreieck durchschnittenen Hauptstammes des Accessorius und Facialisstumpf. Erfolg: fester Lidschluß bei leichter Erhebung des Armes. Ferner: der mißlungene Versuch einer seitlichen Implantation des distalen Endes eines wegen Neuroms in der Axilla resezierten Ulnaris in den nicht unterbrochenen Medianus. Schließlich der Fall einer traumatischen Meningitis serosa der motorischen Region mit Sprachstörungen, Paresen in Arm und Bein 3 Monate nach Hufschlag oberhalb der linken Augenbraue, der durch Dekompressivtrepanation und Ablassen der Flüssigkeit in 13 Tagen mit voller Funktion ausheilte. *Ernst Schultze* (Berlin).

Chiari, H., Über familiäre Chondrodystrophia foetalis. Münch. med. Wochenschr. **5,** S. 248—249. 1913.

Chiari beschreibt eingehend zwei Föten des 9. Schwangerschaftsmonats mit dieser Erkrankung, die die Theorie des familiären Auftretens zu bestätigen geeignet sind. Die Föten waren Kinder des gleichen Vaters, die Mütter Schwestern. Vater und Mütter hatten außerdem gemeinsame Urgroßeltern. Über die Körperbeschaffenheit der Aszendenz ist nichts zu eruieren gewesen. Aus der Beschreibung der Föten sei hervorgehoben, daß bei einer Scheitelsteißbeinlänge von 23 bzw. 22 cm die oberen Extremitäten 9 bzw. 8, die unteren 10 bzw. 9 cm maßen. Mikroskopisch fand sich neben völligem Versagen der Knochenbildung an der Grenze der Diaphysen gegen die Epiphysen reichliche periostale und perichondrale Knochenbildung. *Ernst Schultze* (Berlin).

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Züllig, J., Wunddiphtherie und Wunddiphtheroid. (*Kantonsp., Münsterlingen.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **82,** S. 531—595. 1913.

An der Hand einer großen Anzahl recht ausführlich behandelter Krankengeschichten weist der Verf. darauf hin, daß der Löfflersche Diphtheriebacillus keineswegs ausschließlich in der für ihn als charakteristisch geltenden Weise unter Bildung von Pseudomembranen auftritt, sondern ganz verschiedene Formen der Wundinfektion hervorbringen kann. Man hat sich dieser Tatsache bei schlecht und langsam heilenden infizierten Wunden und bei von vornherein schweren Wundinfektionen zu erinnern, um die bakteriologische Untersuchung des Sekretes nicht zu versäumen und gegebenenfalls neben der örtlichen Behandlung mit Salicylkompressen, Sublimatumschlägen usw. die spezifische Therapie mit Diphtherieheilserum einzuleiten. Die bakteriologische Untersuchung ist unerläßlich nicht nur wegen der Vielgestaltigkeit der durch den Löfflerschen Bacillus veranlaßten Entzündungen, sondern ebenso wegen des Mangels eines absolut zuverlässigen klinischen Kriteriums der Wunddiphtherie; denn auch die Pseudomembranbildung kann in makroskopisch und histologisch genau derselben Weise von anderen Bakterien: Staphylokokken, Streptokokken, Bact. coli comm. ect. gelegentlich verursacht sein. Diese „diphtherieähnlichen", aber nicht durch den Diphtheriebacillus bedingten Wundinfektionen sollen unter dem Namen „Wunddiphtheroid" zusammengefaßt werden. Selbst die bakteriologische Untersuchung, der die Entscheidung über die Frage: Diphtherie oder Diphtheroid vorbehalten bleibt, läßt im Stich, wenn sich das Vorhandensein diphtherieähnlicher Stäbchen, der Pseudodiphtheriebacillen ergibt, von denen es noch unentschieden ist, ob sie als avirulente echte Diphtheriebacillen anzusehen sind oder besser als eine besondere Spezies betrachtet werden. Außer den vielen recht interessanten Details enthält die Arbeit eine ausführliche Darstellung des nicht ganz einheitlichen Standpunktes, den die verschiedenen Autoren dem behandelten Thema gegenüber einnehmen. *Genewein* (München).

Mauclaire, Panaris superficiel par le bacille du rouget du porc. (Panaritium subcutaneum, verursacht durch den Schweine-Rotlaufbacillus.) Arch. gén. de chirurg. **7,** S. 30—35. 1913.

Die eigene Beobachtung Mauclaires bezieht sich auf eine 50jährige Frau eines Pächters, die sich bei einer Notschlachtung eines an Rotlauf erkrankten Schweines geringfügig am Zeigefinger verletzte. Nach 2 Tagen mit Allgemeinsymptomen genau wie bei Erysipel erkrankt, der lokale Befund dagegen war vor allem durch das Fehlen eines scharfen Randes und durch die viel intensivere weinrote Färbung unterschieden; allmählicher Rückgang aller Erscheinungen ohne Incision, nur gefördert durch Wasserstoffsuperoxydbäder des Armes, nach 14 Tagen Heilung.

Zu erinnern ist, daß der Rotlauf durch ein Stäbchen, das Erysipel dagegen durch einen Streptokokken verursacht wird. Bis 1909 sind 66 Fälle von Infektion beim Menschen veröffentlicht worden, dazu führt M. noch 10 Fälle Günthers mit 3 Todesfällen auf, und zwar starben die Patienten vor allem an akuter Endokarditis im Gefolge einer allgemeinen Sepsis. *Valentin* (Berlin).

Stephens, G. Arbour, Carbuncles cured by colloid mercury. (Heilung von Karbunkeln durch kolloidales Quecksilber.) Dublin journal of med. science **135,** S. 15—18. 1913.

Ausgehend von Experimenten, die Verf. derart angestellt hat, daß er gekochte Hefe in ein lebendes Virus brachte mit dem Resultat, daß dadurch ein großer Reiz und ein schnellerer Ablauf des entzündlichen Prozesses herbeigeführt wurde, huldigt er der Ansicht, daß man es auf eine schnellere Bildung katalytischer Produkte und Antikörper in der Bekämpfung des originellen, spezifischen Prozesses anlegen müsse. Die Vaccination, d. h. die Injektion einer Emulsion abgetöteter Keime ist solch ein Mittel und praktisch identisch mit dem oben erwähnten Hefeexperiment. Ein neues Mittel ähnlicher Wirkung glaubt St. in dem colloidalen Quecksilber gefunden zu haben. Man stellt es her, indem man einen geeigneten Strom durch Wasser sendet, das mit metallischem Quecksilber beschickt ist. Dadurch wird es so fein verteilt, daß es sich bei monatelangem Stehen nicht setzt. Am Schluß wird es mit Äther oder Chloroform ausgewaschen. St. beschreibt 4 Fälle von Karbunkel, in denen er das colloidale Quecksilber anwandte. Bei ihnen allen war, ob er sie incidierte oder nicht, der auffallendste Erfolg, daß die Ausbreitung der Entzündung unmittelbar Halt machte, und die schnellere Isolierung und Abstoßung des nekrotischen Pfropfs.
Hirschmann (Berlin).

Curtillet, J., et P. Lombard, Tétanos anormal apparu chez un enfant, malgré une injection préventive de sérum antitétanique. Sérothérapie intrarachidienne et sous-cutanée à doses massives, guérison. (Abnorm verlaufender Tetanus bei einem Kind, trotz präventiver Injektion von Antitoxin. Subdurale und subcutane Serumtherapie mit mächtigen Dosen, Heilung.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 121—126. 1913.

9jähriger Knabe mit komplizierter Vorderarmfraktur erhält 2 Stunden nach der Verletzung eine prophylaktische Antitoxininjektion von 20 ccm. Nach 6tägiger Inkubation lokaler, dann ascendierender Tetanus ohne Trismus und Nackenstarre. In 5 Tagen bekommt das Kind 200 ccm Antiserum, ohne irgendwelche anaphylaktische Erscheinungen zu zeigen, subdural und subcutan. Darauf verschwinden Krämpfe und Muskelstarre allmählich und tritt Heilung ein. Die örtliche Beschränkung und verhinderte Generalisierung des Tetanus ist vielleicht die Folge der Präventivbehandlung. *Kreuter* (Erlangen).

Tudehope, Claude B., Note of a case of gonococcal pyaemia. (Beschreibung eines Falles von Gonococcenpyämie.) Lancet **184,** S. 527. 1913.

Much, Hans, Über die Hodgkinsche Krankheit und ihre Beziehungen zur Tuberkulose. Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Suppl.-Bd. **4,** Verhandl. d. Vereinig. d. Lungenheilanst.-Ärzte, 7. Vers., Hamburg 2.—5. VI. 1912. S. 195—210. 1913.

Zunächst bespricht Verf. kurz das klinische und pathologisch-anatomische Bild der Hodgkinschen Krankheit. Er weist besonders darauf hin, daß gewisse Ähnlichkeiten mit der Tuberkulose bestehen können, daß aber das mikroskopische Bild der lymphatischen Gewebe, Verdrängung derselben durch die verschiedenartigsten Zellformen, und die makroskopisch sichtbaren speckigen Einlagerungen in Lymphdrüsen und Milz die Diagnose sicherstellen lassen. Bezüglich des ätiologischen Zusammenhangs der Hodgkinschen Krankheit mit der Tuberkulose erwähnt er, daß selbst Sternberg seine ursprüngliche Ansicht, daß beide auf dieselbe Ursache zurückzuführen seien, dahin geändert habe, daß er nur noch einen gewissen Zusammenhang beider Krankheitsprozesse annähme. Die Ergebnisse der Untersuchungen von Fränkel und Much, wobei von 15 untersuchten Fällen 14 tuberkulosefrei gefunden wurden, und die vieler anderer Autoren sprechen jedenfalls sicher gegen die Entstehung der Hodgkinschen Krankheit durch den Tuberkelbacillus. Daß es sich aber um einen infektiösen Prozeß handele, darin sind sich fast alle einig. Much versuchte nun unter Anwendung seiner Färbemethode für die granuläre Form des Tuberkelbacillus nach vorheriger Behandlung des Materials mit Antiformin den Erreger der Hodgkinschen Krankheit darzustellen. Es ist ihm auch mit Fränkel zusammen gelungen, in fast allen Fällen (21) Gebilde nachzuweisen, die sich morphologisch von der granulären Form des Tuberkulosevirus in nichts unterscheiden lassen. Diese Gebilde sind immer nur in sehr geringer Zahl vorhanden und schwer zu erkennen. Im Tierexperiment konnten vereinzelte fibröse Tuberkel im Netz

durch frisch exstirpierte Drüsen, nicht aber durch Leichenmaterial erzeugt werden. Es kam auch niemals zu einem fortschreitenden Prozeß und mußten die Meerschweinchen erst durch Impfung mit einem nicht vermehrungsfähigen Tuberkulosevirus sensibel gemacht werden. Diese Befunde sprechen dafür, daß es sich nicht um Tuberkelbacillen handelt, denn sonst müßte man annehmen, daß immer nur tote Tuberkelbacillen vorhanden wären, die auch immer nur in der granulären Form auftreten, daß die Erreger aber in verwandtschaftlichem Verhältnis mit den Tuberkulosebacillen stehen müssen. Die Ergebnisse von Fränkel und Much sind von verschiedenen Seiten bestätigt worden. Für die verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen Tuberkulose und Hodgkinscher Krankheit spricht noch besonders ein Fall von Hegler, bei dem Tuberkulinimpfung eine heftige Lokalreaktion der erkrankten Drüsen zeigte. *Hagemann* (Marburg a. L.).

Böhm, Max, Die Behandlung der kindlichen Knochen- und Gelenktuberkulose. (*Chirurg.-orthop. Anst. von Dr. M. Böhm, Berlin.*) Fortschr. d. Med. **31**, S. 114—118. 1913.

Verf. gibt eine Übersicht über die z. Zt. herrschenden Richtungen in der chirurg.-orthopädischen Behandlung der kindlichen Knochen- und Gelenktuberkulose. Er betont die Wichtigkeit der gegen die Allgemeinkrankheit gerichteten modernen Bestrebungen der See-, Wald- und Höhenkuranstalten, wenn auch dort die lokale Therapie — vor allem langdauernde, völlige Ruhestellung der erkrankten Partien — streng durchgeführt wird. *Posner* (Heidelberg).

Ely, Leonard W., Gelenktuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. **50**, S. 256 bis 260. 1913.

Auf Grund von 100 klinisch und anatomisch untersuchten Fällen behauptet Verf. im Gegensatz zu König, daß die Gelenktuberkulose nur in der Synovia und im Knochenmark auftrete, Bindegewebe, Knorpel und Knochen seien immun gegen Tuberkulose und werden nur durch hinzutretende Sekundärinfektion ergriffen. Die Heilung erfolgt durch Schwund der Synovia und des Knochenmarks, was therapeutisch wichtig ist, da man dieses Ziel bei Kindern durch Ruhigstellung, bei Erwachsenen meist nur durch Operation erreichen kann. 11 Mikrophotogramme sollen die Hypothese des Verf. stützen, deren „vollständig wissenschaftliche" Begründung später erfolgen soll. *Vorderbrügge* (Danzig).

Gougerot, H., Oosporoses ou nocardoses cutanées. Synonymie: nocardoses, oosporoses, discomycoses, micromycoses, microsiphonoses, actinomycoses, streptothricoses. (Oosporosen oder Hautnocardosen. Artverwandt: Nocardosen, Ooosporosen, Discomykosen, Mikromykosen, Mikrosiphonosen, Aktinomykosen, Streptothrikosen.) Gaz. des hôp. **86**, S. 149—158 u. 197—204. **1913.**

Seit einigen Jahren werden die Mykosen immer häufiger, wie die Zahl der neuentdeckten und benannten derartigen Krankheiten beweist. Sie treten bei Menschen und Tieren auf und können fast alle Körpergewebe in gleicher Weise befallen; sie bevorzugen aber besonders die Haut. Eine einheitliche Krankheitsbezeichnung ist zurzeit noch nicht eingeführt. Ein Teil der Forscher bezeichnet die Erkrankungen als Oosporosen, ein anderer als Mikromykosen. Verf. schlägt als Einheitsnamen „Nocardosen" vor. In Kulturen stellen sich die Parasiten der Nocardosen als sporentragende Fäden dar, in Gewebsschnitten bilden sie teils lange Fäden, teils kurze Stäbchen, Sporulation wurde hier nie beobachtet. Übertragen wird die Krankheit durch die Umgebung, besonders durch Pflanzen, da die Krankheitskeime der Nocardia beinahe überall in der Natur vorkommen. Eine leichte Hautverletzung kann zu einer cutanen Nocardose führen, die lokalisiert bleibt, oder auf dem Blutwege Metastasen bildet in Form von Knoten und Hautabscessen. Ebenso kann auch bei Verletzungen der Schleimhautepithelien eine Infektion zustande kommen, die später auch Hauterscheinungen macht als sog. sekundäre Hautnocardose. Experimentell wurden an mit gewöhnlicher

Aktinomykose Erkrankten subcutane Injektionen von Actinomycosin gemacht. Impfte man nun solchen Patienten Parasiten, die virulent der Natur entnommen waren, in Oberhaut oder Schleimhäute, so bildeten sie Toxine, die den Boden allmählich empfänglich machten. Im Anfang rief die Einspritzung selbst einer großen Dosis getöteter Parasiten keine Reaktion hervor; war dagegen der Boden sensibel geworden, so genügte schon die Injektion einer kleinen Dosis, um eine intensive Reaktion hervorzurufen. Der Infekt bleibt hierbei manchmal lokalisiert, manchmal metastasiert er auf dem Lymph- oder Blutwege. Verf. teilt die Nocardosen in fünf Gruppen ein:

1. Die Aktinomykosen. 2. Die Mycetomen (Madurafuß- Erkrankungen), die als bis bohnengroße derbe Knoten mit infiltriertem Hof in Haut und Unterhautzellgewebe auftreten und tiefgreifende bis aufs os reichende Ulcerationen mit zahlreichen Fistelgängen setzen können. Verlauf ausgesprochen chronisch, Heilung nur im Initialstadium möglich. Nervöse Zentren fast nie befallen, keine Metastasierung. 3. Nocardosen von Eppinger: Prädilektionssitz sind die nervösen Zentren (käsige Hirnabscesse) und die Lungen. Hautaffektionen selten, manchmal sind sie Folge einer Allgemeininfektion. (Sabrazès, Rivière.) 4. Nocardosen von Carougeau: subcutane Knotenbildungen von Hasel- bis Walnußgröße regellos in der Umgebung der großen Gelenke liegend, ausnahmsweise ulcerierend. Ausgesprochen chronisch, schmerzlos ohne Einfluß auf das Allgemeinbefinden. 5. Isolierte Fälle: Erysipeloid v. Rosenbach. Die Diagnostik muß sich bemühen, die Parasiten zu isolieren und zu züchten. Für Aktinomykose ist auch die Serumdiagnostik anwendbar. Behandlung: hauptsächlich Jod, Punktion der Abscesse mit Injektion antiseptischer Lösungen, schließlich operative Behandlung. Um Rezidive rechtzeitig zu erkennen, empfiehlt Verf. nach dem Beispiel Coyous Serumreaktionen in Serien nach Widal und Abrami bei geheilten Pat. anzustellen. Verf. betont zum Schluß nochmals die Wichtigkeit der Kenntnis der Nocardiaerkrankungen, besonders auch für die tierische Pathologie, da auf sie wohl viele durch „banale" Ursachen entstandene Abscesse zurückzuführen sind. *Stadler* (Leipzig).

Geschwülste:

Jaboulay, Origine et nature du cancer. (Übersichtsvortrag über die Ätiologie des Krebses.) Prov. méd. **26,** S. 23—27. 1913.

Verf. vertritt die Ansicht, daß die Tumoren durch Sarkosporidien (Myxosarkosporidien, Mikrosarkosporidien) hervorgerufen werden. Als „experimentellen Beweis" für seine Ansicht führt Jaboulay die Tatsache an, daß manche Tiergeschwülste durch Sarkosporidien hervorgerufen werden. *Szécsi* (Heidelberg).

Loeb, Leo, Moyer S. Fleisher, W. E. Leighton and O. Ishii, The influence of intravenous injections of various colloidal copper preparations upon tumors in mice. (Der Einfluß intravenöser Einspritzungen von verschiedenartig zubereitetem colloidalem Kupfer auf Mäusegeschwülste.) Interstate med. journal **20,** S. 16—18. 1913.

Reines kolloidales Kupfer und vier Kombinationen von Kupfer mit Casein konnten das Wachstum eines, allerdings sehr bösartigen Mäusecarcinoms nur für die Dauer der intravenösen Injektionen aufhalten. *Kreuter* (Erlangen).

Loeb, Leo, H. N. Lyon, C. B. McClurg, and W. O. Sweek, Further observations on the treatment of human cancer with intravenous injections of colloidal copper. (Weitere Beobachtungen über die Behandlung des menschlichen Krebses mit intravenösen Einspritzungen von kolloidalem Kupfer.) Interstate med. journal **20,** S. 9—16. 1913.

Bericht über 19 Carcinomfälle, die mit intravenösen Injektionen von colloidalem Kupfer behandelt wurden. Rasch wachsende Tumoren und solche, die ausgedehnte Metastasen bilden und zu Kachexie führen, wurden nicht gebessert. Bei der Mehrzahl der (inoperablen) Fälle kam es zum Rückgang der Geschwülste und Nachlassen der Schmerzen. Ein abschließendes Urteil über den Dauererfolg ist noch nicht möglich; das colloidale Kupfer scheint die Bindegewebswucherung anzuregen und beim menschlichen Krebs wirksamer zu sein als beim Mäusecarcinom, wo höchstens eine vorübergehende Wachstumshemmung erzielt werden konnte.

Kreuter (Erlangen).

Wells, H. Gideon, and Esmond R. Long, The purines and purine metabolism of tumors, and the chemical relations of primary and secondary tumors. (Die Purine und ihre Umwandlung in Geschwülsten, und die chemischen Beziehungen zwischen primären und sekundären Geschwülsten.) (*Pathol. laborat., univ. of Chicago.*) Zeitschr. f. Krebsforsch. **12,** S. 598—611. 1913.

Die Purine der gutartigen und bösartigen Tumoren unterscheiden sich in nichts von denen der normalen Gewebe. Dasselbe gilt auch von den Enzymen. Metastatische Geschwülste nehmen die charakteristischen Fermente der Organe, in denen sie sich entwickeln (z. B. der Leber), nicht an. *Kreuter* (Erlangen).

Theilhaber, A., Zur Frage von der operationslosen Behandlung des Carcinoms. Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 348—349. 1913.

Verletzungen:

Keppler, Wilhelm, Die blutige Stellung schlecht stehender Frakturen. (*Chirurg. Univ.-Klin., Berlin.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 137—179. 1913.

Bei der operativen Behandlung von Knochenbrüchen vermeidet Keppler die auf versenktes Nahtmaterial oder temporäre Knochenvereinigung zurückzuführenden Schäden und beschränkt sich auf Freilegung und Reposition der Knochenenden, so daß die Zacken sich mit den entsprechenden Lücken verzahnen können. Die günstigste Zeit für den Eingriff ist der Beginn der zweiten Woche nach der Fraktur, er wird in Blutleere und Allgemeinnarkose ausgeführt. Komplizierende Verletzungen der Weichteile schließen das Verfahren aus. Nach dem Eingriff wird ein einfacher Schienenverband angelegt. nach 3—4 Wochen setzt die Nachbehandlung mit Heißluft und Bewegungsübungen ein. Das Verfahren hat sich an 29 Vorderarmfrakturen (darunter 2 typischen Radiusbrüchen) und 11 Oberarmbrüchen bewährt. Bei einer Fractura femor. supracondyl. hat es versagt, nicht sehr geeignet ist es für die Fractur. supracondyl. humeri, für intracapsuläre Brüche bietet es nicht genug Sicherheit. Überhaupt ist es nur anzuwenden, wenn die unblutige Methode keinen guten Erfolg verspricht. *Bergemann* (Berlin).

Onorato, Importante risorsa terapeutica contro la pseudoartrosi o le fratture non consolidanti. (Wichtiges Hilfsmittel bei Pseudarthrose und bei mangelhafter Verknöcherung von Knochenbrüchen.) Gaz. med. lombarda **72,** S. 9—10. 1913.

Onorato hat als erster festgestellt, daß die Osmiumsäure eine starke knochenerzeugende Wirkung bei Knochenbrüchen mit verzögerter Callusbildung hat, ohne Unterschied, ob es sich um gesunde oder mit chronischen Infektionen oder Intoxikationen behaftete Individuen (Lues, Tuberkulose, Bleivergiftung, Urämie usw.) handelt. Auch auf das Bindegewebe soll die Osmiumsäure eine erregende Wirkung ausüben, so daß verkäste tuberkulöse Lymphdrüsen schneller vernarben. Das Mittel wird bei Erwachsenen in 1proz. Lösung, bei Kindern in etwas schwächerer Lösung angewandt, und zwar werden in die Umgebung der Bruchstelle $^{3}/_{10}$—$^{7}/_{10}$ cbm gespritzt. Die Einspritzung kann 2—3mal wiederholt werden, nach derselben tritt meist geringes Fieber und eine Anschwellung an der Bruchstelle auf. Das Fieber verschwindet nach 1—2 Tagen, die Anschwellung nach 8—10 Tagen. Ein Fall, in welchem bei verzögerter Bruchheilung einer Unterschenkelfraktur mit völlig beweglich gebliebenen Bruchenden in relativ kurzer Zeit eine feste Verknöcherung erzielt wurde, wird geschildert. *Herhold* (Hannover).

Orthner, Franz, Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. (*Allg. Krankenh. Ried i. I.*) Wien. klin. Wochenschr. **2,** S. 53—54. 1913.

Kriegschirurgie:

Socin, Ch., Beobachtungen über den serbischen Heeressanitätsdienst. Korrespondenz-Bl. f. Schweiz. Ärzte **43,** Militärärztl. Beil. S. 1—7. 1913.

Socin hat einen Überblick über alle Sanitätsformationen der serbischen Armee im ser-

bisch-türkischen Kriege bekommen. Die Tätigkeit in Belgrad bot nichts Besonderes. Hier waren 24 Reservespitäler mit über 100 ausländischen Ärzten errichtet. Von den 310 serbischen Ärzten befanden sich 250 bei der Armee. Schon 2 Tage nach der Schlacht von Kumanowa trafen die ersten Verwundeten in Belgrad ein, der Transport erfolgte in 4 Sanitätszügen à 200—400 Mann. (Wagen 3. Klasse und Güterwagen.) In Üsküb bestand einige Zeit großer Mangel an Sanitätsmaterial, da die Eisenbahn überlastet war. Nach der Schlacht von Prilep wurden in Üsküb im wesentlichen nur Verbanderneuerungen vorgenommen und die Verwundeten dann sofort weitertransportiert. Knochenbrüche kamen meist unfixiert an, am schlechtesten haben sich dabei Holzschienenverbände bewährt, Gipsverbände machten bei Eiterung die Wundverhältnisse ungünstig, am besten saßen die Pappdeckelschienungen. Die Aufgabe einzelner Feldlazarette bestand im wesentlichen im Umladen und Sortieren der ankommenden Verwundetentransporte. S. bemängelt, daß die Auswahl zum Weitertransport den Sanitätssoldaten überlassen wurde. Große Schwierigkeiten machte der Wagentransport (serbische oder mazedonische Bauernkarren, mit Stroh oder Schilfmatten gepolstert.) Die Sanitätskompagnie hatte außer 4 Ärzten 250 Mann zur Verfügung. Je 56 Mann waren außerdem den 4 Regimentern zugeteilt. Ein systematisches Absuchen des Schlachtfeldes während der Schlacht scheint nicht stattgefunden zu haben. Meist kamen die Verwundeten erst nach 2—3 Tagen zum Hauptverbandplatz und zeigten beginnende Eiterung. Im allgemeinen waren sie mit dem Verbandpäckchen (Utermöhlen-Notverband) verbunden. Alle durchbluteten und verschobenen Verbände wurden gewechselt; die Frakturen fixiert. Eine Materialersparnis wurde durch Mastisol erzielt. Größere chirurgische Eingriffe wurden auf dem Hauptverbandplatz nicht nötig, Morphiumgaben waren überflüssig, weil die Leute von den großen Anstrengungen völlig erschöpft waren. Am 3. Tage nach Beendigung des Kampfes war das Schlachtfeld geräumt. Im allgemeinen hat sich der serbische Sanitätsdienst trotz schwieriger Verhältnisse prompt und in vollkommener Ordnung vollzogen.

Bergemann (Berlin).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Oliva, C., Einfluß der Chloroform-, Äther- und Misch-Narkose auf die physikalisch-chemische Beschaffenheit des Blutes. (*Med. klin. Inst. d. Univ. Genua.*) **Zeitschr. f. klin. Med. 77, S. 136—144. 1913.**

Oliva prüfte durch Untersuchungen am Menschen und an Hunden die physikalisch-chemischen Veränderungen, welche die Inhalationsnarkose mit Äther, Chloroform, Morphium-Chloroform- und Äther-Chloroform-Mischnarkose im Blute hervorruft: Geprüft wurde die Viscosität, der Gefrierpunkt, das spezifische Gewicht, die Oberflächenspannung, der refraktometrische Index und die elektrische Leitfähigkeit.

Seine Technik war dabei folgende: Beim nüchternen Tier wurden aus der Jugularvene etwa 25 ccm Blut entnommen, darauf die Narkose eingeleitet und etwa eine Stunde unterhalten. Nach Beendigung der Narkose wurden in einigen Fällen unmittelbar darauf, in anderen nach 20 Minuten, in anderen nach einer halben Stunde, nach 1, 4 und 24 Stunden abermals 25 ccm Blut entnommen. Nachdem das Blut bei Zimmertemperatur geronnen war, wurde das Serum dekantiert und 30 Minuten lang zentrifugiert. Es wurde ausschließlich das Serum zur Untersuchung verwendet. Beim Menschen wurden in derselben Weise je 25 ccm Blut aus der Vena mediana cubiti entnommen. Die Ergebnisse waren folgende: Bei der Äthernarkose wruden regelmäßige Abweichungen beobachtet in dem Sinne, daß der Gefrierpunkt, die Viscosität, der refraktometrische Index, das spezifische Gewicht und der elektrische Widerstand zunahmen, während die Oberflächenspannung abnahm. O. schließt aus diesen Veränderungen, daß bei der Äthernarkose eine Zunahme der Albuminoide und Kolloide im Blute stattfindet, während die Krystalloide unverändert bleiben oder vielleicht sogar eine Abnahme erfahren. Es kommt darin eine größere Konzentration der Gesamtblutmasse zum Ausdruck. Die Veränderungen traten sofort nach der Äthernarkose auf, erreichten ihr Optimum in der ersten Stunde und schwanden dann allmählich wieder, um nach 24 Stunden oder schon früher normalen Verhältnissen Platz zu machen. — Bei der Chloroformnarkose ergab sich im ganzen eine Analogie zu dem Verhalten beim Äther, doch waren die gefundenen Veränderungen bei weitem nicht so konstant. Der Gefrierpunkt zeigte starke Schwankungen, meist wurde er erhöht, zuweilen aber auch erniedrigt. Ähnliche Schwankungen wurden auch bei den übrigen Werten beobachtet. O. sieht die Erklärung dafür in der wechselnden und unbegrenzten Möglichkeit der Kombination der Kolloide und Krystalloide. Im ganzen waren jedoch die Veränderungen beim Chloroform geringer als beim Äther. — Bei der Verbindung von Morphium mit Chloroform gelang es nicht, wesentlich andere Veränderungen aufzufinden als bei Chloroform allein, so daß die klinisch wesentlich höhere Wirkung der Chloroformnarkose in Verbindung mit Morphium in dem physikalisch-chemischen Verhalten des Blutes keine Erklärung findet. — Bei Verbindung von Äther mit Chloroform wurden zwar auch Veränderungen beobachtet, aber keine konstanten und keine gleichsinnigen. Der elektrische Leitwiderstand nahm stets

deutlich zu, desgleichen, wenn auch in geringerem Maße, der refraktometrische Index und die Viscosität. Dagegen zeigten der Gefrierpunkt, die Oberflächenspannung und das spezifische Gewicht nur kleine Abweichungen, bald im Sinne der Zunahme, bald umgekehrt. Im ganzen ergab die Äther-Chloroform-Mischnarkose Werte, die sich mehr denen bei der Chloroformnarkose als denen bei der Äthernarkose näherten. Die Erklärung sieht O. darin, daß bei dieser Mischnarkose das Chloroform das Übergewicht gewinnt, daß das Chloroform die Wirkung des Äthers hemmt, und daß das Blutserum sich empfindlicher gegenüber Chloroform als gegenüber Äther zeigt. Während es sich nämlich gegenüber Äther sozusagen passiv verhält und wenig auf die Ätherzufuhr reagiert, weil dieser seine Konstitution wenig ändert, reagiert das Blut auf das Chloroform, welches es zu vergiften strebt, energisch, so daß zahlenmäßig geringere Veränderungen in die Erscheinung treten. Auch die Tatsache, daß die Veränderungen des Blutes durch Chloroform nicht immer gleichsinnig sind, führt O. darauf zurück, daß diese Verschiedenheiten von den verschiedenen Mitteln abhängen, welche das Blut in Bewegung setzt, um sich gegen das eindringende Chloroformgift zu wehren. *M. v. Brunn* (Tübingen).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Cunha, Aroldo Leitao da, Appareil pour sutures artérielles. (Apparat für Arteriennähte.) Presse méd. **21**, S. 112—113. 1913.

Um bei Gefäßnähten eine möglichst exakte Annäherung der Lumina zu ermöglichen, um ferner Assistenten zu sparen, konstruierte Verf. einen triangelähnlichen Apparat, von dem je 3 Branchen ausgehen mit feinen Schiebekrallen, welche die Gefäßwände exakt aneinanderhalten, so daß zwischen ihnen die Nahtflächen glatt aneinander liegen. *Coste* (Magdeburg).

Weisz, Eduard, Eine einfache Schiene zur Streckung und Beugung des Kniegelenks. Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 319—320. 1913.

Die Schiene besteht aus 2 kräftigen, etwas länger als der Unterschenkel gehaltenen Eisenbügeln, die miteinander rechtwinklig verbunden sind. Der wagerechte Bügel ist über die Verbindungsstelle hinaus verlängert; dieses Stück dient zur Befestigung des Apparates am Oberschenkel. Zum Gebrauch hängt der Unterschenkel über eine Tischkante herunter, der Apparat wird an den Oberschenkel angelegt und beide mittels eines Gurts auf dem Tisch befestigt. Der Unterschenkel pendelt so zwischen den Bügeln des Apparates, und es kann, je nachdem man den Fuß mittels eines elastischen Bandes mit dem wagerechten oder ababwärts weisenden Bügel in Verbindung bringt, eine Streckung oder Beugung im Kniegelenk hervorgerufen werden. Der Apparat ist seiner Billigkeit und Einfachheit halber für Behandlung im Hause des Patienten brauchbar. *Neumann* (Heidelberg).

Radiologie:

Bouchacourt, L., Sur l'endoradiologie. Présentation d'un nouveau modèle d'endodiascope à grand rendement. (Über Verwendung der Röntgenstrahlen in Innenräumen. Demonstration einer neuen Röhre für Innenbeleuchtung mit großer Leistungsfähigkeit.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris **5**, S. 35—41. 1913.

Bouchacourt weist auf die von ihm schon früher gewürdigte hohe Bedeutung der Anwendung der Röntgenstrahlen in Hohlräumen hin: Anwendung bei Aufnahmen von Zahnwurzeln, Kiefer, Beckenknochen, therapeutische Verwendung im Mund, an Uterus und Prostata. Er demonstriert eine neue Konstruktion seines Instrumentariums mit einem neuen Transformator und einer verbesserten Röhre, deren Antikathodenteil zu dem angegebenen Zwecke besonders lang und eng ausgezogen ist. Sie hat Wasserkühlung und kann 2—3 Milliampere 10 Minuten lang aushalten. Wichtig ist bei der Anwendung die Erdung der Antikathode und eventuell auch des positiven Poles des Induktors. Der eingeführte Röhrenteil kann bis auf die nötige Strahlungsstelle mit Kautschuk umkleidet werden. Einwände gegen die Gefahr der Applikation, Art dieser unipolaren Strahlen und Leistungsfähigkeit der Röhre werden widerlegt. Geschildert wird die gute Verwendbarkeit bei Betrachtung der Zahnwurzeln (Röhre im Mund), sowie erfolgreiche therapeutische Wirkung bei Portio- und Prostatacarcinomen. Verf. hofft, das Verfahren auf künstlich gesetzte Höhlen, Fisteln und offene Wunden ausdehnen zu können. *Hoffmann* (Dresden).

Oehlecker, Neue Röntgenkassette für Halsaufnahmen. (Ärztl. Ver. Hamburg, Sitz. 19. XI. 1912.) Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 244. 1913.

Demonstration einer Kassette mit Schulterausschnitt; die Platte wird restlos ausgenutzt und läßt sich so nahe an die Halswirbelsäule seitlich heranbringen, daß äußerst genaue Bilder des Kehlkopfes und Übersichtsaufnahmen der Knochen erzielt werden bis hinab zum Corpus sterni. Die Kassette ist erfunden von Oberschwester Clara Roeper, Eppendorfer Krankenhaus. *Denks* (Hamburg).

Watson-Williams, P., and N. S. Finzi, Small round-celled sarcoma; partial semoval and subsequent treatment by radium. (Kleinzelliges Rundzellensarkom; teilweise Exstirpation und Radiumbehandlung.) Proceed. of the roy. soc. of med. 6, Laryngol. sect. S. 49. 1913.

Watson-Williams, P., and N. S. Finzi, Case of sarcoma of the upper jaw-resection of the left superior maxilla and treatment of recurrent growth by radium. (Oberkiefersarkom — Resektion des linken Oberkiefers und Radiumbehandlung des Rezidivs.) Proceed. of the roy. soc. of med. 6, Laryngol. sect. S. 48. 1913.

Lafond-Grellety, Statistique personnelle d'électrolyses des canaux. (Statistik eigener Fälle von Elektrolyse an röhrenförmigen Gebilden.) Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Bordeaux 34, S. 65—67. 1913.

58 Fälle von Behandlung von Verengerungen mittels Elektrolyse. Von 46 Harnröhrenstrikturen, von denen die schweren mit linearer, die leichteren mit zirkulärer Elektrolyse (olivenförmige Elektrode) behandelt wurden, sind alle bis auf eine ganz schwere bis auf 26—28 Charière gebracht worden. Von Hypertrophie der Vorsteherdrüse sind unter 7 Kranken 5 anatomisch und funktionell geheilt worden. Wenn sich eine harte Vorsteherdrüse nicht unter der Behandlung zuerst erweicht, ist kein Erfolg zu erwarten. Ferner 4 erfolgreiche Behandlungen der Striktur des Tränenkanals. Endlich wurde eine krebsige Verengerung der Speiseröhre von unter 22 auf 35 mm Elektrodendurchmesser erweitert. Die Durchgängigkeit ist bis jetzt 2 Monate bestehen geblieben. *Burckhardt* (Berlin).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Frilet et Revel, Deux observations de fracture de la voûte crânienne. (Zwei Beobachtungen über Frakturen des Schädeldaches.) Montpellier méd. S. 129—136. 1913.

Nur ein Fall erwähnenswert: Schwellung und Hämatom im Bereich der rechten Schläfe; schwerer Shock, freies Intervall; da nach epileptiforme Anfälle, schließlich Coma. Die sofortige Operation ergibt: Schädelfraktur, extradurales Hämatom und subdurale Liquoransammlung mit etwas Blutbeimischung von einer verletzten Piavene. Drainage in 3 Etagen. Vollständige Heilung nach vorübergehender retrograder Amnesie. *v. Saar* (Innsbruck).

Lübbers, Karl, Hirnabsceß, Osteomyelitis des Stirnbeines, Stirnhöhlenempyem. (*Univ.-Poliklin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskranke, Greifswald.*) Arch. f. Ohrenheilk. 90, S. 172—179. 1913.

Passek, Vierter Fall von totaler Entfernung des Ganglion Gasseri am hängenden Kopf. Russki Wratsch 12, S. 126—127. 1913. (Russisch.)

Verf. publiziert einen von Prof. Passek operierten Fall von totaler Entfernung des Ganglion Gasseri. P. operiert am hängenden Kopf. In dieser Lage entfernt sich das Gehirn um $1^1/_2$ Querfinger von der Schädelbasis, so daß es keine Schwierigkeit bietet, an den inneren Teil des Trigeminus anzukommen. In dieser Lage ist der Zugang besser und man braucht nicht das Gehirn mit dem Spatel aufzuheben, was das Gehirn häufig stark verletzt und Paralysen und sogar den Tod hervorrufen kann. *Joffe* (Dorpat).

Réthi, Aurelius, Die elektrolytische Behandlung der Trigeminusneuralgien. (*Univ.-Poliklin. f. Hals- u. Nasenkranke, Königsberg i. Pr.*) Münch. med. Wochenschr. 60, S. 295—296. 1913.

Bei genuiner Trigeminusneuralgie wird die elektrolytische Behandlung an Stelle der perineuralen Alkoholinjektionen empfohlen.

Der betroffene Trigeminusast wird unter aseptischen Kautelen örtlich betäubt. Eine Nähnadel, die bis zu der 1 cm langen Spitze mit dünner Isolierschicht versehen ist, wird mit der Kathode armiert und in der Richtung des knöchernen Kanalverlaufes vorgeschoben, während die indifferente Plattenelektrode die zugehörige Gesichtshälfte berührt. In der einzigen, 15 Minuten dauernden Sitzung werden in allmählich steigender Dosis 20—30 Milliampère appliziert. Die Methode soll sichere und dauernde Resultate zeitigen, ohne dabei kosmetische Schädigungen zu hinterlassen. *Meyer* (Köln a. Rh.).

Hirnhäute, Gehirn:

Dörner, Dasö, Agypunctiókra vonatkozó kisérletes vizgálatok. (Experimentelle Untersuchungen über Hirnpunktion.) Orvosi Hetilap **57**, S. 82 bis 86. 1913. (Ungarisch.)

Dörner trachtete die Angaben Miodovskys nachzuprüfen und festzustellen, ob man mittels Jodtinktur wirklich die Verwachsung der Dura mit der Arachnoidea hervorrufen und hierdurch die eventuelle Infektion des Subduralraumes bei Punktionen wegen Gehirnabsceß verhüten könnte. 24 Versuche mit Jodtinktur zeigten, daß dieses Mittel den Erwartungen nicht entspricht. Einfache Einpinselungen mit Jodtinktur führten immer zu negativen Resultaten, wenn aber mit Jodtinktur getränkte Tampons an die Dura gelegt wurden, entstand eine akute fibrinöse Entzündung; in einzelnen Präparaten wurden Nekrosen der Dura und der Gehirnoberfläche beobachtet. Bei längerem Verweilen der Tampons in der Schädelhöhle wurde fibröse Umwandlung des Exsudates mit Bildung von Fibroblasten und neuen Capillaren beobachtet. Nach Einlegung von sterilen Tampons entstanden nur minimale Injektion und wenig fibrinöses Exsudat mit sehr spärlichen Leukocyten. In einem Falle, wo der Versuch mit einem mit Acetonalkohol durchtränkten Tampon gemacht wurde, wurde Nekrose der Dura und der Gehirnoberfläche beobachtet. Auf Grund dieser Versuche scheint die Anwendung der Jodtinktur zum genannten Zwecke nicht ratsam. *Pólya* (Budapest).

Semple, N. M., On certain ocular phaenomena in their relation to the diagnosis of intracranial disease. (Gewisse Augenerscheinungen in ihrer Beziehung zur Diagnose intrakranieller Erkrankungen.) Americ. journal of ophthalmol. **30,** S. 15—19. 1913.

Besondere Aufmerksamkeit verdient das Verhalten des 6. und 3. Hirnnerven, sowie das Gesichtsfeld.

1. Fall: 33jähriger Mann seit $1^1/_2$ Jahren Parese des rechten Abducens, Mydriasis rechts, jetzt Kopfschmerz, Erbrechen, Atrophia nerv. opt. d., Stauungspapille links. Gesichtsfeld: beiderseits untere Hälfte fehlend, rechts einschließlich des Zentrums. Autopsie ergab ein Osteosarcom vom dorsum sellae ausgehend, das den rechten Abducens und beide Tractus optici gedrückt hatte. 2. Fall: 12jähriger Junge, seit $^1/_4$ Jahr „Anfälle“ bestehend in Linksdrehung der Augen und Zuckungen im linken Arm, Hinfallen, keine Bewußtseinsstörung, kein Kopfschmerz; foveale Sehschärfe normal, linksseitige homonyme Hemianopsie mit Aussparung der Macula. Daher wird der Prozeß in die rechte Rinde lokalisiert. 3. Fall: 28jähriger Mann, dessen Sehorgan vor $^1/_4$ Jahr gelegentlich einer Salvarsaninjektion untersucht und normal befunden war, erkrankte an rechtsseitiger homonymer Hemianopsie mit Beteiligung der rechten Macula. Angenommen wurde ein basaler gummöser Prozeß in der Nähe des linken Tractus. Unter Quecksilberbehandlung erfolgte restitutio ad integrum. *Meisner* (Berlin).

Milligan, William, The treatment of meningitis of otitic origin. (Die Behandlung der Meningitis mit Ausgang vom Ohr.) Lancet **184**, S. 226—230. **1913**.

Unter den verschiedenen intrakraniellen Komplikationen, die einer Ohrinfektion folgen, nimmt den ersten Platz die Meningitis ein. Bezüglich der Streitfrage, ob eine Leptomeningitis serosa der Vorläufer der Leptomeningitis purulenta sei, ob erstere überhaupt existiere, vertritt Milligan den Standpunkt, daß es wohl einen Typus meningealer Entzündung otitischen Ursprungs gebe, den man als Meningitis serosa bezeichnen könne und daß diese der eitrigen Gehirnhautentzündung vorangehe. Klinisch ist sie gekennzeichnet durch Kopfschmerz, Brechen, Steifheit der Nackenmuskulatur und Erhöhung der arteriellen Spannung. Der Liquor cerebrospinalis fließt unter Druck aus. Erfolgreiche Behandlung dieser außerordentlich verhängnisvollen Komplikation hängt nur von einer frühen Diagnose und frühen Drainage ab. In praktischer Beziehung soll man die Meningitis in die zwei Haupttypen der lokalisierten und der diffusen Gehirnhautentzündung teilen und in Unterabteilungen; je nachdem der Prozeß extra- oder intradural sitzt. Die Leptomeningitis purulenta, die eitrige Infektion der Maschen der Arachnoidea-Pia ist häufig vergesellschaftet mit dem Hirnabsceß oder der eitrigen Sinusthrombose. Die Tat-

sache, daß der Prozeß trotz seiner Tendenz zu diffuser Ausbreitung eine Zeitlang lokalisiert bleibt, ist wichtig wegen des operativen Eingreifens in diesem Stadium. Man soll nicht auf das voll entwickelte Bild des klassischen Syndroms warten. Namentlich ist die Analyse der Cerebrospinalflüssigkeit der Schlüssel zu einer frühzeitigen Diagnose. Gerade leichtere Störungen in diesem feinen Mechanismus, die sich in anormalem Aussehen, Druck-, Reaktions- und spezifischen Gewichtsverhältnissen äußern, machen hier die Diagnose. Etwas trübes Aussehen, stärkere Sekretion, verminderte Alkalescenz bedeuten nicht eine septische Infektion, aber daß der Liquor sich einer bakteriellen Invasion mit allen Kräften erwehrt. Wenn man gerade in solchem Stadium besonders erhöhter Liquorausscheidung mit ihrer konsekutiven Erhöhung des intrakraniellen Druckes operiert und den Herd entfernt, kann man nicht selten die schon komatösen Kranken retten. Der Übergang der serösen zur eitrigen Meningitis wird durch das Fehlen eines Körpers im Liquor angezeigt, der — eine Glucose — unter normalen Verhältnissen Kupferoxyd reduziert. Dazu kommt dann noch die Vermehrung der geformten Elemente und besonders des Eiweißes. Ebenso zeigt eine fortschreitende Verminderung der Alkalescenz und schließlich der Übergang in Acidität die eitrige Infektion an. M. kommt diesbezüglich direkt zu dem Satz, daß, so lange der Liquor noch alkalisch, wenn auch trübe ist, man noch ein günstiges Resultat von der Operation erwarten kann. Hand in Hand mit diesen Veränderungen des Liquors gehen einige klinische Symptome, ein allmähliches Steigen des Blutdruckes, ein Ödem am Augenhintergrund. In den frühen Stadien der Meningitis kann wiederholte oder kontinuierliche Drainage durch die Lumbalpunktion in Verbindung mit der Entfernung des ursprünglichen Infektionsherdes völlige Heilung bringen. Aber eine verläßliche Methode ist das nicht. Sondern, wenn in Fällen seröser Meningitis das Labyrinth der Ursprungsherd der Infektion ist, so soll neben der Verabreichung Urotropin und der Entfernung des Labyrinths eine dekompressive Trepanation in der Fossa posterior in einiger Entfernung vom Herd gemacht und hier eine translabyrinthisch gelegene Drainage etabliert werden. M. hält gerade die von dem Labyrinth ausgehenden Meningitiden für außerordentlich gefährlich, weil sie mehr als die andern vom inneren Ohr ausgehenden Entzündungen den Charakter schneller Ausbreitung zeigen. Bei der eitrigen Meningitis kommt man mit der Lumbalpunktion absolut nicht aus, da muß man eine größere Öffnung am Schädel anlegen, entweder temporosphenoidal oder cerebellar. Charles Ballance hat 1891 den occipitalen Weg zur Drainage der hinteren subarachnoidealen Raumes gewiesen, in dem er das Os occipitale zu beiden Seiten der Mittellinie trepanierte. 1893 schlug Alfred Parkies die Drainage der Cisterna magna vor auf diesem Wege, während Haynes aus New-York, um die verhängnisvolle Komplikation des Hirnprolapses zu vermeiden, die große Cisterne von dem Angulus cerebellomedullaris aus drainierte. Es folgt eine genaue Beschreibung der Methode. M. schließt mit der Feststellung von 40% Heilungen unter 10 Fällen von ihm operierter eitriger Meningitis. *Hirschmann* (Berlin).

Roman, B., Zur Kenntnis des Neuroepithelioma gliomatosum. (*Pathol.-anat. Inst., dtsch. Univ. Prag.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. **211**, S. 126—140. 1913.

Bei einer 21jährigen Gravida im achten Schwangerschaftsmonat machte sich im Verlauf von 10 Tagen eine derartige Verschlechterung der Visus bemerkbar, daß das Mädchen teilweise ganz amaurotisch war; außerdem wurde sie ganz apathisch. Direkt nach einem Balkenstich totale Veränderung der Psyche, später Sehen. 8 Stunden später wieder völliger Sopor, Erbrechen. Tod nach 8 Tagen. Bei der Sektion fand sich ein mikroskopisch sehr interessant aufgebauter Tumor mit Epithelalveolen und gliösen Pfeilerzellen, der offenbar aus einer papillären Ependymgeschwulst des III. Ventrikels in der Gegend des Aquäductus Sylvii hervorgegangen war und jetzt ein destruierendes Wachstum zeigte. *Versé* (Leipzig).[M]

Bériel, L., Étude anatomique d'un cas d'hémianesthésie avec lésion en foyer des parties antérieur es de la couche optique. (Anatomische Untersuchung eines Falles von Hemianästhesie mit Herdläsionen im Vorderteile der Sehhügel.) Rev. neurol. **21**, S. 6—13. 1913.

Beriel meint, daß nicht nur der Blutungsherd im Vorderteile des linken Thalamus, son-

dern auch die encephalitischen Veränderungen in seiner Umgebung in der Hervorrufung der klinischen Symptomeeine Rolle spielten. *Pólya* (Budapest).

Petit de la Villéon, E., Méningocèle sous-lambdatique (spina bifida cranien). Opération. Guérison. (Meningocele des Hinterkopfs. (Spina bifida cranii) Operation. Heilung.) Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Bordeaux **34,** S. 63—64. 1913.

Operation einer mandarinengroßen Meningocele bei 7 jährigem Mädchen. *Goebel* (Köln).

Vragassy, Lipót, A koponyát és agya ért sérélés trepanatioval operált és gyógyult eseteiröl. (Mit Trepanation geheilte Fälle von Verletzungen des Schädels und Gehirns.) Budapesti Orvosi Ujság, Sebészet **11,** S. 4—6. 1913. (Ungarisch.)

3 Fälle. Casuistik. *Pólya* (Budapest).

Vennin, Abcès du cervelet consécutif à une otite suppurée chronique, evacuation et drainage de l'abcès. Guérison. (Kleinhirnabsceß nach chronischer eitriger Mittelohrentzündung, Entleerung und Drainage des Abscesses. Heilung.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 246—268. 1913.

Hypophyse:

Jonnesco, Victor, Recherches sur l'origine du pigment du lobe postérieur de l'hypophyse humaine. (Untersuchungen über die Entstehung des Pigments im Hinterlappen der menschlichen Hypophyse.) (*Laborat. de M. le prof. Pierre Marie.*) Arch. de méd. exp. **25,** S. 63—103. 1913.

Der Hinterlappen der menschlichen Hypophyse besteht aus einem Grundgewebe von Neuroglia mit zahlreichen Blutcapillaren und aus zelligen Elementen, die zum Teil für den Hinterlappen charakteristisch sind: die Pigmentzellen, zum Teil dem drüsigen Vorderlappen entstammen: die eosinophilen und die cyanophilen Zellen; daneben enthält er noch Neurogliakerne, Kolloidanhäufungen, Amyloidkörperchen und vesikuläre Formationen ähnlich jenen im intermediären Abschnitt der Hypophyse. Pigment findet sich im Hinterlappen der Hypophyse teils innerhalb der Pigmentzellen, teils frei im Grundgewebe. Die in ihrer Form sehr variierenden Pigmentzellen sind unregelmäßig über den ganzen Hinterlappen verteilt, nicht selten auch zu 2—3 größeren Inseln gruppiert; in der Nähe der Capillaren sind sie meist reichlicher vorhanden als im übrigen Grundgewebe. Sie sind wahrscheinlich aus primitivem Neurogliagewebe hervorgegangen, sind aber nach Jonnescos Ansicht von dem Grundgewebe des Hinterlappens selbst unabhängig. Zu Pigmentzellen werden die primitiven Neurogliazellen durch Aufnahme der aus den vom Vorderlappen einwandernden eosinophilen Zellen entstehenden Pigmentmassen. Das Hypophysenpigment ist eisenfrei, färbt sich nicht mit Fettfarbstoffen; es ist sehr resistent gegen Säuren, weniger gegen Alkalien. Auf Grund des Verhaltens gegenüber Farbstoffen läßt sich neben dem Pigment, das sich mit Eisenhämatoxylin schwarz, mit basischen Anilinblaufarben grün färbt, ein Propigment, das durch Eisenhämatoxylin grau und durch basisches Anilinblau nicht gefärbt wird, unterscheiden; das Propigment findet sich ausschließlich innerhalb degenerierender eosinophiler Zellen. Während die cyanophilen Zellen, die aus dem drüsigen Hypophysenlappen in den Hinterlappen einwandern, in besonders großer Zahl bei hyperplastischen Zuständen des Vorderlappens, innerhalb des Hinterlappens sich völlig unverändert erhalten, erfahren die gleichfalls aus dem Vorderlappen stammenden eosinophilen Zellen Veränderungen sehr verschiedener Art: Vergrößerung und Vermehrung der Zellkerne, Hyperplasie des Protoplasmas (eosinophile Riesenzelle), Plasmahyperplasie + Kernvermehrung, schließlich auch Veränderungen, die zur Zerstörung der Zelle führen. Diese degenerativen Veränderungen führen entweder zur Pigmentbildung, wobei zunächst der Zellkern durch Karyolyse und Karyorexis entartet, in Propigment, weiter in Pigment sich umwandelt, schließlich schwindet das Zellprotoplasma und die Pigmentmassen werden frei; oder es kommt, und zwar für gewöhnlich bei einer geringen Zahl von eosinophilen Zellen zu totaler Histolyse: saure Degeneration des Zellkerns, Homogenisierung des Protoplasmas mit oder ohne Hyperplasie desselben, Plasmavakuolisierung, schließlich vollständiges Verschwinden der Zelle. *Ernst Neubauer* (Wien). ᴹ

Massini, Luigi, Sindrome acromegalica e tumore ipofisario. (Akromegalie und Hypophysentumor.) Tommasi **8,** S. 7—9. 1913.

Verf. referiert die von Roussy auf dem Neurologenkongreß in Amiens 1911 vorgetragene Klassifikation der Hypophysentumoren. Die Ursache der Akromegalie liegt nicht sowohl in einer Hyperfunktion der Hypophyse, als vielmehr in einer krankhaft veränderten Tätigkeit des Organes — Dysfunktion —, wie solche bei gutartigen Geschwülsten jeder Gattung und bei Neubildungen einsetzen kann. Akromegalie

ist stets verbunden mit Hypophysentumor; aber nicht jede Vergrößerung der Hypophyse muß den Symptomenkomplex der Akromegalie zur Folge haben. Wir erkennen auch in diesem Bilde die „Formes frustes". Bei der anatomischen Untersuchung ist nicht nur der eigentliche Tumor (Cyste, Neubildung) zu berücksichtigen, sondern auch das ihn umgebende gesunde, oftmals hypertrophisch veränderte Hypophysengewebe. Nur durch sorgfältige Serienschnitte gelangen wir zu einer gerechten Würdigung der einzelnen Komponenten im Symptomenkomplex der Akromegalie.

Hotz (Würzburg).

Davis, George E., Tumor of the hypophysis. (Tumor der Hypophyse.) (Clin. soc. of the New York post-graduate med. school and hosp., meet. of Nov. 22, 1912.) Post-graduate **28,** S. 49—51. 1913.

Fall von nur sehr langsam fortschreitender Dystrophia adiposo-genitalis mit geringen Sehstörungen, bei dem eine Verschlechterung des Sehvermögens und linksseitige Schläfenschmerzen durch die Entfernung des vorderen Endes der hypertrophischen linken mittleren Muschel beseitigt werden konnten. *Tölken* (Zwickau).

Auge:

Stoll, K. L., A case of multiple double lipodermoids of the conjunctivae and cornea, accompanied by intrabulbar and other anomalies. (Ein Fall von multiplen Lipodermoiden auf Bindehaut und Hornhaut, begleitet von intrabulbären und anderen Anomalien.) Americ. journal of ophthalmol. **30,** S. 1 bis 14. 1913.

Trägerin war ein 33jähriges Mädchen, deren Eltern Vetter und Base waren, beide waren gesund, ebenso der eine ihrer Brüder, der andre hat Asymmetrie des Gesichts Astigm. myop. und Glaskörpertrübungen. Keine Lues oder Tuberkulose in der Familie. Das Gesicht der Patientin ist asymmetrisch, am linken Ohr findet sich an zwei Stellen eine Cutis pendula. Das rechte Auge trägt temporal in der oberen wie in der unteren Übergangsfalte je ein Lipodermoid. Am linken Oberlid besteht an typischer Stelle ein kleines Colobom. In beiden Übergangsfalten finden sich mehrere Tumoren der gleichen Art wie rechts, einer derselben setzt sich durch ein schmales Mittelstück mit einer ähnlichen Geschwulst der temporalen unteren Bulbuskonjunktiva in Verbindung, die 2 mm etwa sich auf die Hornhaut erstreckt. Links bestehen ferner Opacitates corp. vitr., Cataracta polar. post und Reste der Art. hyal, ferner myopischer Astigmatismus beiderseits. Radikale Entfernung der Geschwülste, die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose. *Meisner* (Berlin).

Erb, A., Lymphangiom der Bindehaut des Augapfels unter dem Bilde eines Hämangioms. (*Städt. Krankenh., Lugano.*) Zeitschr. f. Augenheilk. **29,** S. 120—125. 1913.

Erb berichtet über einen 10jährigen Knaben. Seit Geburt bestand teigige Schwellung oberhalb des rechten Auges und höckerige Chemose der Augapfelbindehaut. Nach Trauma blutige Verfärbung. Pathologisch-anatomisch: Hämatolymphangioma. Allmählich wieder reine Chemose. Bei Besprechung der Ätiologie der Lymphangiome wird die Ribbertsche Erklärung (Bindegewebe und Lymphräume mit Endothel wachsen gemeinsam, wobei das Bindegewebe führt) angenommen. *Kirsch* (Berlin).

Kaiser, Isolierte Trochlearislähmung bei Diabetes mellitus. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **15,** S. 217—219. 1913.

12 Tage nach Fall auf den Boden ohne äußere Verletzung, ohne Bewußtseinsstörung und Schmerzen, Auftreten einer isolierten Lähmung des r. M. obliquus superior bei sich gesund fühlendem 64jährigem Mann. Objektiv: Lichtreaktion, Akkomodation ungestört, keine Symptome von Hirnsklerose oder Lues, 5% Zucker im Urin. Bei Diät, konstantem Strom Heilung nach 5 Wochen.

Verf. glaubt nach den spärlichen Erfahrungen der Literatur, daß eine hämorrhagische Alteration des Trochleariskerns oder seines Wurzelgebiets infolge des Falls an der Lähmung schuld sei. *Frank* (Köln).

Farmakowsky, N. W., 1700 Entropionoperationen mit Lidrandplastik. Ärzte-Zeitung **20,** S. 56—58 u. 94—97. 1913. (Russisch.)

Der Autor wendet folgende Operationsmethode an: Intermarginalschnitt, Transplantation eines der Lippe entnommenen Schleimhautstreifens in die entstandene Wunde. Da der transplantierte Streifen leicht verschoben werden kann, wird die Befestigung durch Nähte dringend empfohlen. Die Methode ist relativ leicht ausführbar und auch unter ungünstigen äußeren Verhältnissen anwendbar, die meisten Patienten des Autors wurden ambulatorisch behandelt.

Der Autor hat die Operation in mehr als 1700 Fällen ausgeführt und nur in 1—2% derselben einen Mißerfolg gehabt. *v. Holst* (Moskau).

Mund:

Vigyàzó, Gyula, A kemény szàjpad defectusainak bőrlebenynyel való pótlása. (Über Deckung der Defekte des harten Gaumens mittels Hautlappen.) Budapesti Orvosi Ujság, Sebészet **11**, S. 4—6. 1913. (Ungarisch.)

Vigyàzó deckte einen nach Krebsexstirpation entstandenen Defekt, dessen Größe etwa dem Handteller eines Kindes entsprach, mit einem gestielten Hautlappen, welcher dem Gesicht und dem Halse entnommen wurde. Der Krebs wurde durch einen queren Wangenschnitt entfernt und der Stiel des Lappens wurde durch diesen Schnitt in den Mund geführt und mit der Hautfläche nach unten in die Ränder des Defektes eingenäht. Der Stiel des Lappens wurde in drei Wochen allmählich durchgeschnitten. Der Lappen heilte gut an und der Erfolg war sowohl in kosmetischer wie in funktioneller Hinsicht vollständig befriedigend, indem die Kommunikation zwischen Mund- und Nasen-, resp. Highmorshöhle vollkommen behoben wurde, Sprache, Schluckakt zeigen keine Störungen. *Pólya* (Budapest).

Gerschun, T., Primäre Tuberkulose der Zunge. Ärzte-Zeitung **20**, S. 55—56 u. 97—98. 1913. (Russisch.)

Kasuistische Mitteilung. Im allgemeinen empfiehlt der Autor derartige Ulcera vollständig zu excidieren. *v. Holst* (Moskau).

Zabel, Erich, „Brennen auf der Zunge“ als Frühsymptom perniziöser Anämie. Klin.-therap. Wochenschr. **20**, S. 18. 1913.

Erneuter Hinweis auf das gerade im Frühstadium der perniziösen Anämie häufig vorhandene Symptom „schmerzhaften und unerträglichen Brennens auf der Zunge“. Beobachtung an zwei Patienten, bei denen das Symptom in ausgesprochener Weise vorhanden war und die deshalb, ohne daß die Perniciosa entdeckt war, vorher lange Zeit lokal behandelt waren. Später entwickelte sich typische letale Anaemia perniciosa. Ein anatomisches Substrat der Beschwerden war außer einer manchmal entzündlichen Rötung und Reizung der glatten Zungenspitze und der vorderen Zungenränder nicht nachweisbar. Man begegnet dem Symptom bisweilen auch bei der „einfachen“ schweren, letalen Anämie, nie dagegen bei Leukämie. *Schlecht* (Kiel).[M]

Grünwald, L., Die Knorpel- und Knocheninseln an und in den Gaumenmandeln. Arch. f. Ohrenheilk. **90**, S. 212—213. 1913.

Wirbelsäule:

Goldthwait, Joel E., An anatomic explanation of many of the cases of weak or painful backs, as well as of many of the leg paralyses. (Anatomische Erklärung mancher Fälle von Schwäche oder Schmerzen im Rücken, sowie mancher Fälle von Lähmungen in der unteren Extremität.) Boston med. a. surg. journal **168**, S. 128—131. 1913.

Verf. lenkt an der Hand zahlreicher Röntgenbilder und Präparate die Aufmerksamkeit auf mannigfache, von ihm zum Teil schon beschriebene, bisher aber weniger gewürdigte Skelettveränderungen im Gebiet des Sacroiliacal- und Sacrolumbalgelenks. Diese Abnormitäten betreffen am häufigsten die Processus transversi des letzten Lendenwirbels, deren Größe ein- oder doppelseitig in weiten Grenzen schwankt. Gelegentlich werden sie so groß gefunden, daß sie bei Bewegungen der Wirbelsäule gegen das Kreuzbein oder die Darmbeinschaufel anstoßen, oder sie sind mit einem der beiden Knochen durch Schleimbeutel oder Gelenke verbunden; auch Synostose kommt vor. Außer durch mechanische Behinderung können Schmerzen oder Spasmen im Kreuz entstehen durch Lokalisation arthritischer Prozesse in diesen anormalen Gelenken. Eine andere Abnormität betrifft die Gelenke zwischen den Processus articulares, deren Gelenkflächen falsche Neigung oder falsche Biegung haben können. Verf. unterscheidet die halbmondförmige und flache Form (Abbildungen). Auch hier kann es zu abnormen Gelenkverbindungen kommen zwischen der Spitze des Processus articularis und dem Bogen des benachbarten Wirbels, dies hauptsächlich bei abnormer Belastung im Sinne der Lordose. Arthritische Prozesse

in diesen Gelenken können zu Kompression der Nervenwurzeln mit allen ihren Folgen führen. Die Therapie ist eine entlastende. *Jüngling* (Tübingen).

Rückenmark, peripherisches, sympathisches Nervensystem:

Bernhardt, M., Weiterer Beitrag zur Lehre von der Hämatomyelia traumatica. Neurol. Zentralbl. **32**, S. 147—152. 1913.

33jähriger Mann, stürzte vor 7 Jahren von einem 9 m hohen Gerüst und schlug mit dem Kreuz auf die Erde auf. 4 Stunden Bewußtlosigkeit, nachher Paraplegie der unteren Extremitäten und Blasenlähmung. Letztere besserte sich nach 8 Tagen, die Lähmung der Beine schwand erst nach 13 Wochen. 6 Jahre nach der Verletzung traten eigentümliche Spannungen und Zukkungen in beiden Unterschenkelu, besonders rechts, auf.

Anamnese und objektiver Befund ließen Verf. die Diagnose traumatische Hämatomyelie stellen. Bein- und Blasenlähmung sprechen für eine erhebliche Rückenmarkserschütterung, die Wiederkehr der Funktion aber für eine nur vorübergehende Läsion, eine Blutung ins Rückenmark, Ödem oder Kompression desselben. Die objektiv wahrnehmbaren fibrillären Muskelzuckungen in der rechten unteren Extremität lassen aber auch auf eine Störung in dem trophischen Vermögen der grauen vorderen Substanz schließen. Auffallend war bei diesem Kranken eine, den elektrischen Reiz überdauernde Muskelkontraktion, besonders im rechten Oberschenkel. *Denk* (Wien).

Foerster, Otfrid, Les indications et les résultats de la résection des racines postérieures. (Die Indikationen und die Resultate der Resektion der hintern Wurzeln.) Lyon chirurg. **9**, S. 97—109.

Verf. bespricht kurz Indikation, Ergebnisse und Ausdehnung der Resektion der hinteren Spinalnerven. Es sind 3 Indikationsgebiete: 1. Schwere Neuralgien. Von 44 Operierten starben 6 im Anschluß an die Operation, 7 nach einiger Zeit. Von den überlebenden 38 wurden 3 geheilt, 12 gebessert, 23 wenig oder nicht beeinflußt. Bei der Operation kommt es darauf an, nicht zu wenig Wurzeln zu resezieren, d. h. für den Arm von C. III. bis D. II., für das Bein von D. X. bis L. V., es sei denn, daß man die Erkrankung auf einzelne bestimmte Wurzeln zu lokalisieren vermag. 2. Gastrointestinale Krisen bei Tabes. Von 64 Operierten starben 6 im Anschluß an die Operation, 4 an Cystopyelitis in den folgenden Monaten. Von den 58 Überlebenden hatten 56 unmittelbar einen Erfolg von der Operation, 2 keine Besserung. Von den 56 erfolgreichen Fällen blieben aber nur 29 weiterhin rezidivfrei. Auch hier ist zu knappe Resektion schuld an den Mißerfolgen. Man soll von D. V. bis L. II. mindestens 7 Wurzeln jedesmal fortnehmen, und zwar je nach Sitz des Hauptschmerzes und der Ausdehnung der Hauthyperästhesie höher oder tiefer gelegene Wurzeln wählen. Wo die Krisen auf der Vagusbahn ausgelöst werden (erkennbar am Fehlen des Schmerzes und der starken Übelkeit) kann doppelseitige subdiaphragmatische Vagotomie nach Exner gute Dienste tun durch Unterdrückung der Hypersekretion des Magensaftes. 3. Spastische Lähmungen. Bei 88 Eingriffen wegen angeborener spastischer Spinalparalyse starben 8 Patienten, die übrigen wurden mehr oder weniger erheblich gebessert. Begleitender Hydrocephalus ist ungünstig. 8 Fälle von cerebraler spastischer Lähmung zeigten nur 1 gutes Resultat. Bei spastischen Lähmungen infolge von Verletzung, Tumor, Wirbeltuberkulose, Syphilis waren die Resultate gut. Von 12 Fällen multipler Sklerose starben 4, wurden nicht gebessert 3. Bei Athetose sind die Erfolge schlecht. Vorbedingung für die Operation wegen spastischer Lähmung ist a) Ausheilung oder Stillstand des Krankheitsprozesses, b) die motorischen Nervenfasern dürfen nicht so geschädigt sein, daß man nach Beseitigung der Spasmen eine Lähmung zurückbehält, c) Übungstherapie nach der Operation muß durchführbar sein. Man reseziere für den Arm C. IV., V., VII., VIII. und D I. oder von C. IV. bis D. II. je den größeren Teil der feinen Faserbündel, welche die Wurzel zusammensetzen. Für die untere Extremität ist fortzunehmen L. II., III., V., S. I., II. Wegen der Knieextension muß stehen bleiben L. IV. oder L. II,, III., welche von diesen Wurzeln, ist nur durch Reizung intra operationem zu erkennen. *Wrede* (Jena).

Beer, Edwin, The relief of intractable and persistent pain due to metastáses pressing on nerve plexuses by section of the opposite anterolateral column of the spinal cord, above the entrance of the involved nerves. (Die Beseitigung anderer Behandlung unzugänglicher und andauernder durch Druck von Metastasen auf Nerven verursachter Schmerzen mittels Durchschneidung des Vorderseitenstranges der anderen Seite des Rückenmarks oberhalb des Eintritts der beteiligten Nerven.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 267—269. 1913.

Dem Verf. erscheint die in der Überschrift angegebene Behandlungsweise geeigneter als die Durchschneidung einer Anzahl hinterer Wurzeln, da bei jener nur Temperatursinn und Schmerzempfindung ausfallen. Er hat sie angewandt in einem Fall eines inoperablen Carcinomrezidivs der Gebärmutter mit dauernden heftigen Schmerzen im rechten Bein. Die rechte Hälfte des Beckens war bis hoch hinauf mit harten Krebsmassen ausgemauert.

Nach Laminectomie am 9. und 10. Brustwirbel und Eröffnung der Dura wurde das Mark durch einen vor eine hintere Wurzel gesetzten Haken um seine Längsachse gedreht und ein Schnitt im Mark angelegt, 2,5 mm vor der hinteren Wurzel beginnend, 2,5 mm lang und ebenso tief. Die stumpfe Seite des Messers soll der Pyramidenbahn zugekehrt gehalten werden. Der Erfolg entsprach, wie aus der mitgeteilten Krankengeschichte hervorgeht, den Erwartungen.

Ellermann (Danzig).

Hals.

Allgemeines:

Weber, F. Parkes, Cervical ribs with atrophy of hand muscles. (Eine durch Halsrippen bedingte Atrophie der Handmuskeln.) Proceed. of the roy. soc. of med. **6,** Clin. sect. S. 55—57. 1913.

17jähriges Mädchen zeigt seit einigen Jahren Schmerzen im rechten Arm. Zugleich besteht eine Atrophie des Thenar, Hypothenar und Intercarpalmuskulatur (mit elektrischer Entartungsreaktion). Auch sind geringe sensible Störungen auf der Ulnarseite vorhanden. Das Röntgenbild der Wirbelsäule ergibt eine doppelseitig vorhandene 7. Halsrippe, die rechts größer als links ist und palpatorisch, nicht palpabel war. Die operative Entfernung der r. Rippe beseitigte die Schmerzen im Arm. 2 jüngere Geschwister haben ebenfalls beiderseitige Halsrippen, ohne Beschwerden zu verspüren. *Naegeli* (Zürich).

Delrez, L., Les formations pathologiques branchiogènes du cou. (Branchiogene Krankheitszustände des Halses.) (*Clin. chirurg. et inst. d'anat. pathol., univ. Liège.*) Arch. gén. de chirurg. **7,** S. 1—9. 1913.

Fall 1 und 2 appendikuläre Tumoren der Haut am inneren Rande des Sternocleidomastoideus, deren Kerngerüst Knorpel ist. Ihren Ausgang schreibt Verf. dem Kiemenbogen zu; welchem, läßt er offen. Fall 3—5 sind Cysten, die Verf. ihrer Lage nach und ihres mikroskopischen Baues wegen den Anschauungen Weglowskis folgend für persistierende Thymuskanäle hält. Von einer Fistel — Fall 7 — erscheint dies insofern nicht ganz einwandfrei erwiesen, als das Epithel in seiner Struktur von dem von Weglowski beschriebenen abweichenden Charakter hat In einem am Kieferwinkel sitzenden — Fall 6 — cystischem Tumor von Hühnereigröße weist der mikroskopische Befund auf eine Kiemengangcyste hin. *Coste.*

Kehlkopf und Luftröhre:

Forbes, Henry H., Direct laryngoscopy. (Direkte Laryngoskopie.) Post graduate 28, S. 28—30. 1913.

Empfehlung der direkten Laryngoskopie, zu der der Verf. eine Modifikation des Brüningschen Instrumentarium verwendet. Bei poliklinischen Fällen wird 2 Stunden vorher Codein und Brom intern, bei klinischen Fällen 1 Stunde vor der Operation Morphium und Atropin subcutan gegeben. *Kahler* (Freiburg i. B.).

Grivot, Traitement de la dysphagie des tuberculeux par les injections anesthésiantes du nerf laryngé supérieur ou par sa résection. (Behandlung der Schluckstörungen der Tuberkulösen durch Injektion anästhesierender Lösungen in den N. laryng. sup. oder durch dessen Resektion.) Paris méd. S. 232—236. 1913.

Nach anatomischen Vorbemerkungen berichtet Grivot über einschlägige Erfahrungen

französischer Autoren. Zur Injektion, deren Technik beschrieben wird, werden teils 1 proz. Novocain-Adrenalin-Lösungen (bis 100 ccm), teils — mit längerer Wirkung — 85 proz. Alkohol, teils beides kombiniert verwandt, wodurch Schmerzfreiheit und gesteigerte Ernährung von 7—250 Tagen erreicht werden konnte. Gefäß- oder Kehlkopfverletzungen wurden nicht beobachtet. Von Resektion eines oder beider Nerven sind nur 4 Fälle bei weit vorgeschrittener Erkrankung bekannt, über deren Erfolg der an der Tuberkulose sehr bald erfolgte Exitus ein Urteil nicht zuläßt. *Vorderbrügge* (Danzig).

Davis, H. J., Bullet injury to the larynx. (Schußverletzung des Larynx.) Proceed. of the roy. soc. of med. 6, Laryngol. sect. S. 44—45. 1913.

Schilddrüse:

Joustchénko, A., Contribution à la physiologie du corps thyroïde. La teneur en azote, en phosphore, en lipoïdes de différents organes des animaux thyroïdectomisés. (Beitrag zur Physiologie der Thyreoidea. Gehalt verschiedener Organe thyreoidektomierter Tiere an Stickstoff, Phosphor und an Lipoiden.) (Réun. biol. de Saint-Pétersbourg, séance du 12. XII, 1912.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. **74**, S. 145—147. 1913.

Untersuchungen an jungen Hunden. Der Gesamtphosphor und der organische Phosphor ist im Gehirn, in Leber, Herz und Milz thyreoidektomierter Tiere vermindert, der anorganische Phosphor vermehrt. In den Nieren der operierten Tiere ist der Phosphor in jeder Form vermehrt, im Serum der organisch gebundene und der Gesamtphosphor vermehrt, der anorganische vermindert. Phosphorbestimmungen in verschiedenen Organen nach Extraktion der Lipoide ergaben für alle Organe den gleichen P-gehalt von 2,12% des lipoidfreien Gewebes. Der Stickstoffgehalt des Gehirns, der Leber, der Muskeln, des Herzens und der Milz steigt nach Schilddrüsenexstirpation, der der Nieren und des Serums sinkt. Lipoidfreie Organe enthalten prozentisch höhere N-Mengen. Gesamtlipoide sind nach der Exstirpation in den Organen vermehrt, im Serum vermindert. Die acetonlöslichen Lipoide sind vermindert in Herz, Muskel, Gehirn und Niere, die ätherlöslichen in Gehirn und Leber, dagegen im Serum vermehrt; die alkohollöslichen in Niere und Serum vermehrt, in Gehirn, Muskel und Leber vermindert. Der N- und P-Gehalt der Lipoide wird durch den Athyreoidismus nicht wesentlich beeinflußt. Der Purinbasengehalt wurde bei Athyreoidismus in allen Organen besonders in Niere, Herz, Gehirn und Serum erhöht gefunden *Ernst Neubauer* (Wien).[M]

Grube, Zur Frage der Wirkung des Extraktes aus Kröpfen auf den Blutdruck und das isolierte Herz. Russki Wratsch 12, S. 6—9. 1913. (Russisch.)

Verf. machte Experimente an Hunden, indem er das Extrakt einfacher, toxischer und Basedowkröpfe in die Halsvene injizierte. (0,5 des Extraktes auf 1 kg). Die Versuche am isolierten Herzen wurden mit dem Apparat von Botscharow gemacht mit Verdünnung des Extraktes 1 : 500. Verf. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: Der Extrakt der toxischen Kröpfe ruft Herabsetzung des Blutdruckes hervor. In den meisten Fällen verringert er die Höhe des peripherischen Pulses und beschleunigt den Puls. Die Herabsetzung des Blutdruckes hängt in hohem Grade von der Verringerung des Gefäßtonus und Erweiterung der peripheren Gefäße ab. Am isolierten Herzen beschleunigt das Extrakt von toxischen Kröpfen in den meisten Fällen den Puls und vergrößert die Schwingungen der Pulswellen. Der Grad der Wirkung des Extraktes von Kröpfen auf den Blutdruck kann mit den klinischen Anfällen der Vergiftung in Verbindung gestellt werden. Die Beobachtungen der Wirkung von Extrakten einfacher Kröpfe auf den Blutdruck bei Tieren, denen in die Bauchhöhle ein beim Kranken enucleierter Kropf eingenäht wurde, gibt Grund zur Vermutung einer erhöhten Sensibilität thyreogenen Toxinen gegenüber. Der darauffolgende Zustand erinnert deutlich an die Erscheinung der Anaphylaxie und hierin muß man vielleicht die Erklärung der Wirkung sogar minimaler Dosen der Schilddrüsenpräparate auf thyreotoxische Kranke suchen. *Joffe* (Dorpat).

Chrustaljew, Pathologisch-anatomische Veränderung an einigen inneren Organen bei Morbus Basedowi. Russki Wratsch 12, S. 9—11. 1913. (Russisch.)

Verf. publiziert das Resultat der mikroskopischen Untersuchung verschiedener Organe bei 7 an Morbus Basedowi gestorbenen Patienten. Die Schilddrüse erweist typische Struma Basedowi. Testes zeigen wenig Veränderungen. Im Uterus und den Milchdrüsen, besonders an den letzteren, Atrophie der spezifischen Elemente und Ersatz derselben durch Bindegewebe.

Thymus makroskopisch vergrößert; es fand sich entweder ein kindlicher Thymus persistens oder sekundär regenerierter Thymus hyperplasticus oder endlich ein Thymus, in welchem der größte Teil der Gewebe durch Fett ersetzt ist. Hyperplasie des ganzen lymphatischen Systems, der Milz und Lymphdrüsen. Nebenniere: Hyperämie und ungenügende Entwicklung der Marksubstanz, Hypophysis cerebri ist hyperplasiert und zeigt überall deutlich chromophilen Typus, am meisten eosinophilen. Herz, Leber und Niere tragen Spuren von schweren parenchymatösen Veränderungen. Darmkanal im Zustande der follikulären Entzündung. *Joffe* (Dorpat).

White, W. Hale, A clinical lecture on myxoedema. (Klinische Vorlesung über Myxödem.) Lancet **184**, S. 154—157. 1913.

Verf. berichtet über 3 Fälle von Mxyödem, bei zwei derselben hat er die Sektion gemacht. Er beschreibt die Symptome, aber keineswegs vollständig, auch nichts Neues. Dann gibt er einen geschichtlichen Abriß. Neu ist nur die Angabe, daß Fagge und Curling in England zuerst, noch vor Gull, das spontane Myxödem beschrieben haben. Für die Pathogenese bestätigt White, daß in jedem post mortem untersuchten Fall von Myxödem Atrophie der Schilddrüse gefunden wird. In den Parathyreoideae wurden keine Veränderungen gefunden, sie sind für die Pathogenese der Krankheit ohne Bedeutung. In 2 Fällen fand W. eine Hypertrophie der Hypophyse, einer histologisch untersucht: es fanden sich im Vorderlappen Zeichen von Hypertrophie: Kolloidhaltige Bläschen mit großen Epithelzellen. *Albert Kocher* (Bern).

Thymus:

Salkind, J., Sur la thymectomie chez le crapaud. (Über die Thymektomie bei der Kröte.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. **74**, S. 66—67. **1913.**

20% der thymektomierten Kröten gehen an Allgemeininfektion ein. Die Wunden der überlebenden heilen schlechter als bei den Kontrolltieren. Die Tiere ohne Thymus gehen in 6 bis 7 Monaten kachektisch zugrunde, ohne daß Skelettveränderungen auftreten. *Kreuter* (Erlangen).

Schumacher, Joseph, Über Thymusstenose und den heutigen Stand ihrer Pathologie. (*St. Georg-Krankenh., Breslau.*) Berlin, Dissertation 1913. Ebering, 78 S.

Bei einem 10 Monate alten, geistig rückständigen Knaben der Mostschen Abteilung besteht seit der Geburt Atemnot, exspiratorische Geschwulstbildung im Jugulum, sternale Dämpfung und vergrößerter Röntgenschatten. Most resecierte beide Lappen der Thymusdrüse und fixierte die stehengebliebenen unteren Pole an das jugulare Bindegewebe. Mikroskopisch ergab sich lymphoide Hyperplasie. Erst allmählich trat dauernde Besserung ein, die erst nach 4 Jahren zur vollen Heilung führte. Schumacher bringt das langsame Eintreten der Heilung mit dem nachgewiesenen Status lymphaticus in Zusammenhang. Es ist möglich, daß geschwollene tracheobronchiale Drüsen an der Entstehung und Steigerung der inspiratorischen Dyspnöe erheblich mitgewirkt haben. *Klose* (Frankfurt a. M.).

Brust.

Allgemeines:

Gossage, A. M., Case of obstruction of the superior vena cava. (Ein Fall von Verlegung der oberen Hohlvene.) Proceed. of the roy. soc. of med. **6**, Clin. sect. S. 47—48. 1913.

Ein 74jähriger Mann, der in der Jugend Syphilis gehabt hatte, zeigte seit ungefähr 20 Jahren die Symptome eines Verschlusses der oberen Hohlvene. Wahrscheinlich war dieser durch einen gummösen Prozeß im oberen Thoraxraum hervorgerufen worden. Die enorm vergrößerten Venen an Brust- und Bauchwand ermöglichen den venösen Rückfluß durch die Vena cava inferior, so daß die Stauung im Gesicht und Armen fehlte. *Naegeli* (Zürich).

Brustwand:

Carsnizky, Paraffingeschwulst im Gebiete d. musk. pectoralis major. Russki Wratsch **12**, S. 128—129. 1913. (Russisch.)

Verf. publiziert einen Fall von einer Geschwulst, die er bei einem Soldaten zu operieren Gelegenheit hatte. Die Geschwulst war eine artifizielle und bestand aus subcutan eingespritztem Paraffinmassen, die teilweise schon abscedierten. *Joffe* (Dorpat).

Speiseröhre:

Yorke, Courtenay, A case of carcinoma of the oesophagus with complete paralysis of the larynx. (Ein Fall von Carcinom des Oesophagus mit völliger Lähmung des Larynx.) Brit. med. journal **2716,** S. 116—117. 1913.

Yorke beschreibt ein Oesophaguscarcinom bei einem 52jährigen Mann, das als Hauptsymptom eine beiderseitige völlige Lähmung der Stimmbänder aufwies. Die Sektion ergab, daß die Geschwulst sich auf die vordere Wand des Oesophagus beschränkte, daß beide Nervi recurrentes unlöslich mit dem Tumor verwachsen in die Geschwulstmassen eingebettet waren und daß eine fistelnde Verbindung mit der Trachea bestand, die schon zu Lebzeiten durch eine Röntgenaufnahme nach Verabreichung von Wismuth festgestellt worden war. *Hirschmann* (Berlin).

Lungen:

Tuffier, Kystes hydatiques du poumon. Résultats éloignés de l'intervention. Kystes multiples des poumons. (Lungenechinokokkus. Endresultate der operativen Behandlung. Multiple Echinokokkencysten der Lunge.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 168—173. 1913.

Tuffier hat 4 solitäre und 2 multiple Lungenechinokokken operiert. Ein Patient ist seit 15 Jahren geheilt, eine Patientin seit 12 Jahren. Bei dieser epidermisierte sich die Höhle von der Hautwunde aus. Ein dritter Patient war 6 Jahre anscheinend gesund, hustete aber nachher wieder Membranen aus. — Bei einer Patientin mit multiplen Cysten exstirpierte T. in einer ersten Sitzung durch Pneumotomie 2 Cysten der rechten Lunge. 5 Wochen später exstirpierte er eine weitere Cyste der rechten Lunge und drainierte transdiaphragmatisch eine große verjauchte Cyste der Leber. Die sehr heruntergekommene Patientin starb am folgenden Tage. *Schumacher* (Zürich).

Herzbeutel, Herz:

Rehn, L., Die Chirurgie des Herzens und des Herzbeutels. Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 241—246. 1913.

Kurzer Überblick über den derzeitigen Stand der Herz- und Herzbeutelchirurgie. Für die Diagnose der Herzverletzungen wird das charakteristische Symptomenbild der Herzkompression hervorgehoben: Oppressionsgefühl und Schmerzen in der Herzgegend mit Ausstrahlung in den linken Arm und in die Oberbauchgegend, Muskelspannung in der Regio epigastrica, Schwellung der Leber, starke Füllung der Halsvenen, dünner aussetzender Puls, Atemnot, Angstzustände, Konvulsionen. Wichtig ist ferner die Röntgenuntersuchung und die Feststellung der wachsenden Herzdämpfung durch Perkussion. Fehlen die Zeichen des Herzdruckes, so ist man auf die Symptome der inneren Blutung angewiesen. Trifft man den Verletzten unter Verhältnissen an, wo man nicht operieren kann, z. B. auf dem Lande, so empfiehlt Rehn zunächst an Ort und Stelle die Herzdrucksymptome durch Herzbeutelpunktion zu beseitigen und dann den Kranken in die Klinik zu transportieren. In zweifelhaften Fällen eignet sich zur probeweisen Eröffnung des Herzbeutels mit Schonung der Pleurahöhle die Perikardiotomie im Angulus costoxyphoideus, deren Technik beschrieben wird. Als Folgeerscheinungen der Perikarditis sind von chirurgischem Interesse die Herzmuskelschädigungen durch den Entzündungsprozeß im Perikard und durch das Exsudat, sowie die Behinderung der Herzbewegungen durch die später sich bildenden Verwachsungen. Die Entfernung eines serösen, serofibrinösen oder hämorrhagischen Perikardialexsudates kann durch die unter Umständen mehrfach zu wiederholende Punktion des Herzbeutels erfolgen; doch bietet auch bei diesen Formen der Entzündung die Perikardiotomie Vorteile. Für die Fälle, wo das Herz mit dem Herzbeutel und dieser mit der vorderen Brustwand verwachsen ist, eignet sich die Brauersche Kardiolyse (Mobilisierung des Thorax in der Verwachsungszone durch ausgiebige Rippenresektion). Weiter bespricht R. kurz die Trendelenburgsche Operation der Lungenarterienembolie und die chirurgischen Maßnahmen bei der Herzsynkope. Die direkte Herzmassage darf nur in verzweifelten Fällen versucht werden. Die zu ihrer Ausübung vorgeschlagenen Operationsmethoden (subdiaphragmatischer Weg nach Lane, transdiaphragmatischer nach Mauclaire und die transthorakale Methode) werden in ihren Indikationen kurz gewürdigt. *Läwen* (Leipzig).

Enge, Spontane Herzruptur bei einem Katatoniker. Beitrag zur Kenntnis der Entstehung spontaner Herzrupturen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **15,** S. 86—88. 1913.

57jähriger Mann, schon seit 10 Jahren wegen Katatonie in Anstaltsbehandlung, wurde eines Tages in seinem Bett tot aufgefunden. Bei der Sektion fand sich an der Vorderwand des Herzens, nahe der Herzspitze, eine in den linken Ventrikel führende, 3 cm lange Rißstelle mit unregelmäßigen Rändern. Die mikroskopische Untersuchung der Muskulatur ergab überall fettige Degeneration der Muskelzellen. Während nach Ansicht der Pathologen spontane Herzrupturen fast ausnahmslos bei herdförmigen, auf Arteriosklerose der Coronararterien beruhenden Erkrankungen der Herzwandung auftreten, sieht Verf. im vorliegenden Falle bei dem vollständigen Fehlen krankhafter Veränderungen an den Coronararterien die Ursache für die Zerreißung in der schweren allgemein fettigen Degeneration der Herzmuskulatur. Das auslösende Moment für das Zustandekommen der Ruptur ist wohl in katatonen, mit großer Schnelligkeit ausgeführten und lange fortgesetzten Bewegungen zu suchen, durch welche eine Erhöhung des Blutdrucks herbeigeführt wurde. *Haecker* (Königsberg i. Pr.)

Bauch und Becken:

Allgemeines:

Dittler, Rudolf, und Richard Mohr, Neue Untersuchungen über das Hormonal. (*Physiol. Inst. u. med. Klin., Leipzig.*) Mitteilg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. **25,** S. 902—915. 1913.

In frühern, hauptsächlich an Katzen angestellten Untersuchungen hatten Verf. festgestellt, daß das Zuelzersche Hormonal, ähnlich wie viele andre Organextrakte, starke Blutdrucksenkung hervorruft, und auf diese Erniedrigung die zuweilen beobachtete Peristaltik als sekundäre Erscheinung zurückgeführt. Da das anfängliche Präparat in der üblichen therapeutischen Dosis (20 ccm intravenös) schwere Nebenwirkungen, Kollapse, selbst Todesfälle nach sich zog, wird es jetzt unter Zuelzers Kontrolle von der Scheringschen Fabrik frei von der als schädlich erkannten Beimengung, von Albumose hergestellt. Die experimentelle Nachprüfung des neuen Präparats, diesmal vorzugsweise an Kaninchen bei oberflächlicher Äthernarkose, ergab, daß es noch Albumose und blutdruckerniedrigende Substanzen (Vasodilatin) enthält. Die Blutdrucksenkung war bei derselben Tierspezies verschieden stark, glich sich zwar rasch wieder aus, verursachte indes zuweilen gleichzeitig Störung der Herztätigkeit und Atmung. Hinsichtlich der Anregung der Peristaltik, die an den frei in warmer Ringerlösung flottierenden Därmen beobachtet wurde, waren die Versuche in $^2/_3$ der Fälle bei Kaninchen positiv, wenn bis 3 ccm pro Kilogramm verwandt wurde, während Hund und Katze schlecht reagierten; der Dickdarm wurde selten beeinflußt. Auch ohne Injektion zeigten die Därme in Ringerlösung zuweilen spontan lebhafte Bewegung. Bei langsamer Injektion, wie sie Zuelzer vorschreibt, selbst hoher Dosen gelang es mehrfach nicht, Peristaltik zu erzielen, wohl bei rascher. Verff. sahen nach alleiniger Injektion von Chloralhydrat (0,05 pro Kilogramm), womit Zuelzer narkotisierte, der Hormonalperistaltik analoge, sehr kräftige Darmbewegungen auftreten, die sie auf die bekannte blutdruckerniedrigende Wirkung des Chlorals zurückführen. *Frank* (Köln).

Boas, L., Beitrag zur Methodik und Technik der okkulten Blutuntersuchung des Magendarmkanals. Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 154—157. 1913.

Die Extraktion des Blutfarbstoffs aus den Faeces mittels Eisessig-Alkohol gibt eine günstigere Ausbeute an Hämatin als die mit Eisessig-Äther; die Blaufärbung bei der Weberschen Probe fällt dabei viel stärker aus. *Meinertz* (Rostock). ᴹ

Mauclaire, Ascesso sub-frenico. (Subphrenischer Absceß.) Gaz. degli osp. e delle clin. **34,** S. 58—61. 1913.

Die Arbeit ist ihrer ganzen Einteilung und Behandlung nach in erster Linie für Unterrichtszwecke bestimmt. Verf. bespricht zunächst die Geschichte der subphrenischen Abscesse, dann die Ätiologie. Leberaffektionen, Appendicitis und in $^1/_4$ der Fälle Magenulcera sind die Entstehungsursachen. Mauclaire unterscheidet zwischen

intra- und retroperitonealen Abscessen und je nach ihrem Sitz 3 Typen mit anterio-inferiorer, superiorer und subperitonealer lumbaler Entwicklung. Nach Besprechung der Symptomatologie tritt Verf. nachdrücklich für frühzeitige operative Behandlung der subphrenischen Abscesse ein, speziell unter Zuhilfenahme des Röntgenverfahrens, um Komplikationen in Gestalt von Empyem, Lungengangrän, Peritonitis usw. zu vermeiden. Dadurch gelingt es die enorm hohe Mortalität von 92% auf 48% herabzudrücken. Die Operation besteht für die in der Zwerchfellkuppel gelegenen Abscesse im transpleuralen Weg mit Rippenresektion mit Ausnahme solcher Fälle, bei denen die Pleurablätter nicht verklebt sind und bei denen der Absceß nach hinten zu und hoch oben in der Zwerchfellkuppel entwickelt ist. Hier empfiehlt sich kragenförmige Annähung der Pleura diaphragmatica an die Brustwand und transdiaphragmatische Eröffnung des Abscesses. Bei retroperitonealer Entwicklung des letzteren in der Lendengegend macht M. einen Querschnitt entsprechend dem Petitschen Dreieck oberhalb des Beckenkammes. *Burk* (Stuttgart).

Schricker, Hans, Zwei Beiträge zu den Schußverletzungen des Bauches. (*Städt. Krankenh., Mühlheim a. Rh.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 314—315. 1913.

Zwei interessante Krankengeschichten von Revolverschüssen in die linke Oberbauchgegend. In dem einen Fall fand sich bei der erst 12 Stunden nach dem Schuß vorgenommenen Operation zweihandbreit unter der Flexura duodenojejunalis nur ein einziges Einschußloch der Jejunums, während die sorgfältige Absuchung und Freilegung des Coecums keine Verletzung des Darmes mehr ergab, sondern das Geschoß im Coecum verschieblich fühlen ließ. Naht des Darmloches, Spülung der Bauchhöhle, Heilung. Entleerung der Kugel 12 Tage nach der Operation durch den After. Beim 2. Fall Schuß in die Magengrube, 3 Querfinger unterhalb des Schwertfortsatzes in der Richtung von unten nach oben. Tod 18 1/2 Stunden nach der Verletzung infolge Verblutung aus der Aorta thoracica descendens. Der Schußkanal hatte die Leber links vom Hilus gestreift und ging vor dem Hilus durch das Zwerchfell in den Mediastinalraum, Durchbohren der Speiseröhre über dem Zwerchfell; die Kugel liegt an der Vorderwand der Aorta thoracica descendens, in die sie ein etwa 1/2 cm großes Loch geschlagen hat. Röntgenbild ergab das Geschoß links von der Wirbelsäule in der Höhe des Zwerchfells; bei der einige Stunden vor dem Exitus vorgenommenen Laparotomie wurde ein Riß der Leber und sehr starke Blutung aus der Tiefe festgestellt, die durch Tamponade gestillt wurde. Hinweis auf die Arbeit von Perthes über Verletzungen der Aorta. *Kaerger* (Berlin).

Wynter, W. Essex, and John Murray, Case of subcutaneous drainage for ascites. (Ein Fall von subcutaner Ableitung von Ascites.) Proceed. of the roy. soc. of med. **6**, Clin. sect. S. 59. 1913.

Die subcutane Drainage wird durch einen entkalkten Knochentubus erzielt, der, in die Laparatomiewunde subcutan eingenäht, nach 14 Tagen wegen geringer Eiterung entfernt wurde. Kein neuer Erguß nachher. *Naegeli* (Zürich).

Evler, Über Dauerdrainage unter die Haut ohne Drains. Med. Klinik **9**, S. 214 bis 215. 1913.

Evler empfiehlt bei Ascites die subcutane Dauerdrainage durch Anlegen einer kleinen von Bauchfell umsäumten Rektidiastase, über welcher die Haut geschlossen wird. Eine Hernienbildung hat er bei seinen Fällen nicht beobachtet. Bei pleuritischen Exsudaten führt er die subcutane Dauerdrainage durch ein Bohrloch in einer Rippe durch und empfiehlt sie auch für perikardiale Exsudate. Auch bei Kniegelenk- und Schleimbeutelerguß sowie bei Ganglien hat er die subcutane Dauerdrainage ohne Drains mit Erfolg angewendet. *Reinhardt* (Sternberg in Mähren).

Hernien:

Mantelli, Candido, Ricerche anatomiche a proposito dell'ernia pettinea. (Anatomische Untersuchungen über die Entstehung der Hernia pectinea.) (*Istit. di patol. e clin. chirurg. dimost. Univ. di Torino.*) Gaz. degli osp. e delle clin. **34**, S. 153—154. 1913.

Mitteilung eines eigenen Falles; incarcerierte Dünndarmschlinge. Eintritt des Bruchsackes durch das Lig. Gimbernati zwischen die Muskelfasern des M. pectineus. Bruchhals liegt direkt dem Os pubis an. Radicaloperation, Heilung.

Die Hernia pectinea kann auf zweierlei Arten entstehen: 1. Aus einer Schenkelhernie, wenn dem Vortreten des Bruchs nach außen sich ein Widerstand entgegen-

setzt, senkt sich der Bruchsack sekundär unter die Fascie des M. pectineus (Hernia pectinea subfascialis). 2. Der Austritt des Bruches erfolgt medial von der Schenkelgrube in die Tiefe des Muskels. Körte gab die Erklärung einer abnormen Insertion der Fascia pectinea am oberen Rande des Schenkelkanals. — Durch anatomische Präparation an 30 Leichen konnte Verf. feststellen, daß in dem Winkel, welcher durch das Lig. Gimbernati und die Fascia pectinea gebildet wird, häufig kleine Lücken für Muskelgefäße bestehen. Wenn sich ein Bruchsack in diese Öffnungen eindrängt, führt der Weg direkt zwischen die Fasern des M. pectineus. Das Lig. Gimbernati wird hierbei verdrängt. Diese Befunde erklären die Lagerung der Hernie zwischen den Muskelfasern. *Hotz* (Würzburg).

Usener, Walther, Über Nabelschnurbruch. Jahrb. f. Kinderheilk. **77,** S. **181** bis 189. 1913.

Eine einheitliche Ätiologie der Nabelschnurbrüche ist nicht anzunehmen. Es kommen sowohl mechanische Ursachen (Zug nach außen durch Persistenz des Ductus omphalo-mesentericus und abnorm kurze Nabelschnur oder erhöhter intraabdomineller Druck) als auch echte Entwicklungshemmungen im Sinne von Reichel und Kermauner in Betracht. Verf. ergänzt die vorhandene Kasuistik durch zwei selbst operierte Fälle (von denen ein Kind gerettet wurde, während das andere starb) auf 174 Beobachtungen. *Kreuter* (Erlangen).

Cassanello, Rinaldo, Hernie inguinale double de la vessie. (Doppelte Blasen-Leistenhernie.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **3,** S. 55—56. 1913.

Verf. fügt zu den in der Literatur bestehenden 11 Fällen einen 12. hinzu. Doppelseitige Radikaloperation. Links bestanden die gewöhnlichen Verhältnisse der Blasenhernie, rechts lag ein wohl kongenitales Divertikel der Blase im Bruchsack. Eine weitere Anomalie war ein linksseitiger Leistenhode. *W. Israel* (Berlin).

Finsterer, Hans, Seltene Komplikation nach der Herniotomie einer eingeklemmten Leistenhernie. (*II. chirurg. Klinik, Wien.*) Wien. klinische Wochenschr. **26,** S. 97—99. 1913.

Verf. gibt die Krankengeschichte einer 70jährigen Patientin wieder, die ein Tag nach glatt verlaufener Herniotomie einer incarcerierten Leistenhernie mit vorübergehendem Wohlbefinden erneut mit allen Zeichen eines akuten Darmverschlusses erkrankte. Die in Lokalanästhesie mit 1/2% Novocain-Adrenalinlösung vorgenommene Laparotomie ergab als Ursache der Passagestörung eine Abknickung im untersten Ileum, die durch Verklebung des abführenden Schenkels in einer Ausdehnung von etwa 4 cm mit der früher incarcerierten Darmwand zustande gekommen war, so daß ein flintenförmiger Verlauf beider Darmschenkel nebeneinander resultierte. Lösung der ziemlich festen Verklebung und zur Verhütung eines Rezidives Resektion der schuldigen Darmschlinge. Heilung. Es handelt sich demnach in diesem Falle zweifelsohne um einen erst nach der Operation sich entwickelnden Darmverschluß, wohl zu unterscheiden von der wichtigen Gruppe des doppelten Darmverschlusses, wo beide Hindernisse schon zur Zeit der ersten Operation vorhanden sind. *Harf* (Berlin).

Waljaschko und Lebedjew, Zur Verhütung von Hernien und Bauchwandvorstülpungen nach Laparotomien. Russki Wratsch **12,** S. 16—18. 1913. **(Russisch.)**

Die Hauptursache von Hernien und Bauchwandvorstülpungen nach tamponierten Laparotomiewunden ist nicht nur die bindegewebige Narbe, sondern auch die Atrophie und narbige Degeneration der Wundränder, besonders der Muskulatur und die Retraktion der durchschnittenen Muskelbündel, welche manchmal sehr groß sein kann. Verf. proponieren zur Verhütung der Muskelatrophie und Retraktion der Muskeln eine freie Fascientransplantation auf die Wundränder aus der Fascia lata. Am Tierexperiment hat sich diese Methode gut bewährt. *Joffe* (Dorpat).

Magen, Dünndarm:

Dehn v., Über krampfartige Zustände des Magens und des Darmes vom röntgenologischen Standpunkte aus. Russki Wratsch **12,** S. 89—91. 1913. **(Russisch.)**

In allen Teilen des Magendarmkanals kann man zuweilen eine Stauung des Inhaltes infolge von krampfartigen Zuständen der tiefer liegenden Teile bemerken. Im Magen kann die erste Portion des Bismutbreies auf einige Stunden im Anfangsteile

aufgehalten werden. Der mittlere Teil scheint so kontrahiert zu sein, daß er keine Speise in den Pylorus durchläßt. Solche Erscheinungen von Gastrospasmus kann man bei den an Magenkatarrh leidenden Neurasthenikern bemerken. Dasselbe kann man auch bei Ulcus duodeni beobachten. Auf diesen Spasmus muß man bei der üblichen Gastroenterostomie bei Ulcus duodeni Acht nehmen. Dieser krampfartige Spasmus des Magens kann Störungen hervorrufen, weil das Lumen des Magens sich hinter der Anastomose schließt. Der krampfartige Spasmus des Dünndarmes ist noch wenig bearbeitet worden. Der krampfartige Spasmus des Dickdarmes ist schon vielfach beschrieben worden in Veranlassung der durch ihn hervorgerufenen krampfartigen Verstopfung. Der Dickdarm erscheint auf den Röntgenogrammen zwei- oder mehrmal enger als beim normalen Menschen. *Joffe* (Dorpat).

Gellé et Henri Beclére, Radiogrammes pris à trois mois d'intervalle dans un cas d'estomac biloculaire. Résultat opératoire. (Röntgenaufnahmen im Abstand von 3 Monaten bei einem Fall von Sanduhrmagen. Resultat der Operation.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris **5**, S. 19—21. 1913.

Bei einem Sanduhrmagen infolge Geschwürs an der kleinen Curvatur (30jährige Frau) wurde die Zunahme der Stenose durch Vergleich der im Abstand von 3 Monaten nach Bismutfüllung aufgenommenen Röntgenplatten festgestellt. Über den verengten Abschnitt wurde die Magenwand längs gespalten und quer vernäht. Außerdem Gastroenterostomie posterior an der unteren Zwerchsackhälfte. Beseitigung der subjektiven Beschwerden, das Röntgenbild ergibt, „daß die Stenose sich sehr gebessert hat". *Bergemann* (Berlin).

Bonsdorff, Hj. v., Om tidig diagnos af carcinoma ventriculi. (Über Frühdiagnose des Magencarcinoms.) Finska läkaresällskapets handlingar **55**, S. 1 bis 9. 1913. (Schwedisch.)

Ausgehend von der Tatsache, daß nur ein kleiner Teil aller Patienten mit Magencarcinom zu dem Chirurgen in einem operablen Zustande gelangen — es konnten von 39 in den letzten Jahren im Diakonissenkrankenhause aufgenommenen Patienten nur 11 radikal operiert werden, in 7 Fällen wurde die Gastroenterostomie, in 15 die Probelaparotomie ausgeführt, während in 6 Fällen jeder Eingriff kontraindiziert war — redet Verf. der explorativen Laparotomie als diagnostisches Hilfsmittel in allen unklaren Fällen das Wort, um so mehr als sich die zurzeit üblichen Methoden der Frühdiagnose des Magencarcinoms unsicher und unzureichend gezeigt haben. *Faltin.*

Jong, R. de Josselin de, Subseröse Adenomyomatose des Dünndarms. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. **211**, S. 141—156. 1913.

An einer 34 cm langen Ileumschlinge, welche einer 35jährigen, sonst gesunden Frau wegen Stenoseerscheinungen reseciert worden war, fanden sich in der Serosa Knötchen und an zwei Stellen tiefere Einziehungen, die durch adenomatöse Wucherungen hervorgerufen waren. Diese lagen in der verdickten Serosa und Subserosa und hatten, wenn sie eine gewisse Größe erreicht hatten, auch Muskelzellzüge von der Längsmuskelschicht abgespalten. Daher bezeichnet Verf. sie als Adenomyome, die er aus einer chronischen Serosaentzündung hervorgehen läßt, analog den am weiblichen Genitale beschriebenen ähnlichen subserös gelegenen Bildungen. Seiner Ansicht nach ist die Annahme dieser Entstehungsart auch sehr naheliegend für einen von Hart mitgeteilten Fall von Pleuraadenomyomen, die als Metastasen eines vor 22 Jahren entfernten Uterusadenomyoms von Hart gedeutet wurden. *Versé* (Leipzig).ᴹ

McGuire, Edgar R., Successful removal of over eleven feet of small intestine. (Erfolgreiche Entfernung von über 11 Fuß des Dünndarms.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16**, S. 40—42. 1913.

Gangrän des untersten Dünndarms in Länge von 336 cm infolge Thrombose der zugehörigen Mesenterialgefäße nach voraufgegangener Halsentzündung. Resektion, laterale Anastomose zwischen Ileum und Coecum. Heilung bis auf leichte Störung der Verdauungstätigkeit in Gestalt von 2 dünneren Stühlen tagsüber. Verf. setzt sich dann mit der Frage auseinander, warum in dem einen Fall derartige Störungen auftreten, im anderen mit viel weitergehender Resektion nicht. Aus der Literatur glaubt er den Schluß ziehen zu dürfen, daß je höher die Resektion stattfindet, um so seltener Störungen zu verzeichnen sind. Die einander widersprechenden Resultate führt er weiter darauf zurück, daß Irrtümer beim Messen der Länge des resezierten

Darmes stattfinden bzw. verschiedene Meßmethoden gebraucht werden. Die **Länge** des Darms in situ gemessen ist größer als nach Herausnahme, mehr noch nach **Ab**lösung von Mesenterium. Die Maße differieren nach einem Versuche um 8—15 cm. Zum Teil hängen die differierenden Resultate wohl auch ab von dem Verhältnis, in dem die resezierte Partie zu der bei den verschiedenen Individuen wechselnden Länge des Gesamtdarms steht. Für die Behandlung zurückbleibender Verdauungsstörungen kommen zwei Wege in Betracht: 1. Zuführung leicht assimilierbarer Nahrungsstoffe, besonders Kohlehydrate; Fette werden meist schlecht vertragen. 2. Zuführung schlackenreicher Kost zur Eindickung. In seinem Falle wurde letztere besser vertragen. Verf. fügt aus einer Arbeit von Flint (Mainummer 1912 des Johns Hopkins Bulletin) eine Zusammenstellung bei über die größten (3 m übersteigenden) bisher erfolgreich ausgeführten Darmresektionen (größte Länge bisher 5,24 m). Sein Fall steht an der Spitze der wegen Thrombose operierten Fälle, sonst an 10. Stelle. *Wiemann*.

Wurmfortsatz:

Green, Über Appendicitis im Kindesalter. Allg. Wien. med. Zeit. **58,** S. 13—14 25—27 u. 37—38. 1913.

Die Appendicitis ist in den ersten 2 Lebensjahren selten, am häufigsten jenseits des fünften. Wegen seines Gehaltes an lymphoidem Gewebe ist der Appendix nicht funktionslos, und die gelegentliche Entfernung eines gesunden Wurmfortsatzes bei Bauchoperationen ist daher zu verwerfen. Die Ursachen der Erkrankung sind im Kindesalter die gleichen wie bei Erwachsenen: Stenose, Fremdkörper, Schleifenbildung, Tuberkulose, Typhus, Band- oder andere Würmer. Speziell die letzteren geben bei Kindern dazu häufiger Anlaß, als gewöhnlich angenommen wird. Green fand sie in 31% seiner Fälle im Wurmfortsatz. Die gewöhnlichen Symptome sind gleich denen der Erwachsenen. Seltene Begleiterscheinungen sind Cystitis oder Melaena, welch letztere bei einem 14 Monate alten Kinde beobachtet und auf die intensive Kongestion der Därme zurückgeführt wurde. Die Diagnose der akuten Appendicitis ist bei Kindern oft schwerer als bei Erwachsenen. Außerdem ist der Verlauf meist ein rascher, und die Mortalität steigt von 2. zum 6. Tage rapid an. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Pneumonie oder rechtsseitige Pleuritis, akute Gastritis, Intussusception, intestinale Obstruktion, Typhus, Henochs Purpura, Erkrankungen des rechten Ovariums. Die Prognose ist bei Kindern sehr unsicher und hängt von der Virulenz der Affektion und der Art der Behandlungsmethode ab. Bei frühzeitiger Operation ist sie selbst bei ganz kleinen Kindern eine gute. Die Therapie soll individualisieren. Im allgemeinen sollen akute Fälle, welche innerhalb der ersten 48 Stunden gesehen werden, sofort operiert werden; nach 48 Stunden soll nur bei progressiver Verschlimmerung oder bei Perforation eingegriffen werden; Abscesse sind sofort zu öffnen. *v. Khautz* (Wien).

Rousseau, Fernand, et Cassard, L'appendicite chez la femme. (Die Appendicitis beim Weibe.) Gaz. des hôp. **86,** S. 293—298. 1913.

Podevin, Paul, et Henri Dufour, Appendicite chronique à gauche. Inversion totale des organes: cœur à droite, foie à gauche, estomac à droite, caecum et appendice à gauche. (Chronische Appendicitis an der linken Seite. Totale Inversion der Organe: Herz rechts, Leber links, Magen rechts, Coecum und Appendix links.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris **35,** S. 215—217. 1913.

Owen, Edmund, Appendicitis: A plea for immediate operation. (Für die Frühoperation der Appendicitis.) Brit. med. journal **2720,** S. 321—325. 1913.

Dickdarm und Mastdarm:

Finkelstein, Zur Chirurgie des Dickdarmes außer des Rektums. Russki Wratsch **12,** S. 42—48. 1913. (Russisch.)

Verf. publiziert 32 Operationen am Dickdarm. Davon waren 15 infolge bösartiger

Geschwülste (von den 11 operierten sind 2 gestorben). 4 Fälle von sog. falschen (entzündlichen) Geschwülsten mit 1 Todesfall. 10 Fälle von Tuberkulose des Dickdarms mit 2 Todesfällen. Chronische ulceröse Kolitis 3 Fälle — 2 Exitus. Verf. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: Bösartige Geschwülste des Dickdarms bilden $^1/_2$% sämtlicher chirurgischer Krankheiten und nach den Magengeschwülsten nehmen sie die nächste Stelle aller bösartigen Erkrankungen des Darmkanals ein. Was den Dickdarm anlangt, so nimmt das S. romanum die erste Stelle ein (44% aller Fälle), dann kommt das Coecum (20%). In nicht weniger als 40% ist die radikale Operation unmöglich; mehr als ein Drittel (37%) aller Fälle kommen mit Erscheinungen der Undurchgängigkeit. Das beste Mittel bei Undurchgängigkeit ist eine Anlegung eines Anus praeternaturalis Im Intervall ist eine ein- oder zweimomentige Resektion je nach dem Falle zu machen. Bei entzündlichen Geschwülsten mit starker Veränderung der Darmwand ist eine radikale Operation indiziert. Die letzte gibt gute Resultate bei tuberkulösen Geschwülsten des Blinddarms in nicht vernachlässigten Fällen. In Fällen von schwerer hartnäckiger, langdauernder Kolitis ist eine Resektion des entsprechenden Darmteiles erlaubt nach vorhergehender Kolostomie oder einseitiger Ausschaltung. Die Dauerresultate bei den Operationen von Geschwülsten des Dickdarms sind 2—3mal besser, als diejenige der radikalen Operationen bei bösartigen Geschwülsten anderer Teile des Darmes. *Joffe* (Dorpat).

Lara, Antonio, El quimismo gástrico en las colitis muco-membranosas. (Der Magenchemismus bei der Colitis muco-membranosa.) Rev. ibero-americ. de ciencias méd. **29**, S. 22. 1913. (Spanisch.)

Verf. weist an Hand von mehreren Krankengeschichten auf die Bedeutung der chemischen Untersuchung des Mageninhalts hin und auf die Beeinflussung der einzuschlagenden Therapie durch die dabei vorhandene Hyper- oder Hypoacidität. Nach seiner Erfahrung überwiegen die Fälle von Kolitis verbunden mit Hyperacidität; sie sind therapeutisch am schwersten beeinflußbar. *Lazarraga* (Marburg).

Vidakovich, Kamill, A végbélelöesés okairól és a hugyhólyag és hasprés befolyásáról a végbélelöesés létrejövésére. (Über Ursachen des Mastdarmprolapses und den Einfluß der Harnblase und der Bauchpresse auf das Zustandekommen desselben.) Orvosi Hetilap **57**. S. 79—82. 103—106. 1913. (Ungarisch.)

Vidakovich sieht in der Füllung der Blase ein gewaltiges Schutzmittel gegen den Mastdarmvorfall. Durch Füllung der Blase werden die Dünndärme, welche die Kraft der Bauchpresse übermitteln, aus dem Becken herausgehoben, die Plica Douglasii kommt höher zu liegen, der Mastdarm wird in die Konvexität des Kreuzsteißbeines gepreßt und hierdurch werden seine Biegungen gesteigert, und endlich wird durch die gefüllte Blase der Beckeneingang verschlossen und die Kraft der Bauchpresse in verschiedenen Richtungen zerteilt. Er konnte es durch direkte manometrische Messungen nachweisen, daß die Einwirkung der Bauchpresse in dem unter der Blase liegenden Teile des Rectums bei gefüllter Blase eine geringere Drucksteigerung hervorruft, als bei leerer Blase. — Er glaubt, daß man bei beginnenden Prolapsen das Wachsen derselben verhindern könnte, wenn man die Patienten auffordert, daß sie ihre Blase nur nach der Defäkation entleeren, und während der Defäkation mit offenem Munde atmen sollen. Defäkation im Liegen, mit herabhängenden Füßen (Bòkay) und besonders in der Mummeryschen hockenden Stellung, besonders wenn zugleich für die Füllung der Blase gesorgt wird — sind auch gute prophylaktische Maßnahmen.

Pólya (Budapest).

Miles, W. Ernest, A lecture on the diagnosis and treatment of cancer of the rectum. (Ein Vortrag über die Diagnose und die Behandlung des Mastdarmkrebses.) Brit. med. journal **2717**, S. 166—168. 1913.

Verf. steht auf dem radikalen Standpunkt, jedes Rectumcarcinom durch Ausräumung des Beckens en bloc und Anlegung eines Anus iliacus

zu behandeln. Er entfernt hierbei fast das ganze Colon pelvinum, das ganze Rectum und die Analportion mit dem Sphinkterapparat, ferner wird das ganze ischiorectale Bindegewebe ausgeräumt. Dieses Vorgehen begründet der Verf., indem er genau die Symptome der verschiedenen Entwicklungsstadien der Carcinome nach ihrer Lage im Analteil, in der Ampulle und im Colon pelvinum bespricht, damit, daß eine Frühdiagnose äußerst selten gemacht werden könne. Ein einziges Symptom ermögliche eine solche, auf das Verf. besonders hinweist. Dieses bestehe in einer mehrere Tage bis Wochen andauernden Obstipation, die sich von einer gewöhnlichen Obstipation dadurch unterscheide, daß mehr eine Trägheit der Entleerung bestehe, die auch durch Abführmittel nicht gehoben werden könne. Auf diese Periode der Darmträgheit folge eine solche der Diarrhöen, die kürzere oder längere Zeit anhält. Da auf dieses Symptom zu wenig geachtet werde, kommen die Carcinome nach der Erfahrung des Verf. meist erst $^3/_4$ Jahre nach ihrem Bestehen zur Ansicht des Arztes. Ein konservatives Vorgehen sei aber dann deshalb unmöglich, weil das Lymphsystem des ganzen Rectums und des Beckens „frei communiciere“ und frühzeitig schon ein Einbruch der Carcinomzellen in dieses System erfolge. Daß dies so ist, haben Verf. 58 konservativ operierte Fälle bewiesen, bei denen er entweder perineale Excision des Rectums oder Resektion mit End-zu-End-Vereinigung gemacht hatte. Sie ergaben 55 Rezidive. Seine Erfolge nach seiner jetzigen Operationsmethode sind hingegen folgende: 10 Patienten mit einem Alter über 60 Jahre sind an der Operation gestorben (nach der Ansicht des Verf. sollte daher über 60 Jahre niemehr radikal operiert werden), von weiteren 36 Fällen, Patienten jüngeren Alters, starben noch 8 an der Operation, bei 4 trat ein Rezidiv auf, 2 starben an interkurrenten Krankheiten, 22 sind ohne Rezidiv und liegt bei ihnen die Operation 6 Monate bis 6 Jahre zurück. *Körbl* (Wien).

Frank, Richard, Entfernung einer verschluckten Nadel aus der Ampulla recti. Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 572—574. 1913.

Leber- und Gallengänge:

Bogoras, Über die Einpflanzung der Vena mesenterica sup. in die Vena cava inf. bei Lebercirrhose. Russki Wratsch **12,** S. 48—50. 1913. (Russisch.)

Verf. proponiert eine Anastomose zwischen der Vena mesenterica superior und Vena cava bei Lebercirrhose, um die Blutstauung im Mesenterial-Milzsystem zu beseitigen und einen Teil des Blutes aus diesem System direkt in die Vena cava zu leiten.

Verf. machte es an einer Pat., die seit 3 Jahren an Lebercirrhose litt. Bei der Pat., die einen Monat lang nach der Operation beobachtet wurde, konnte man einerseits eine Verkleinerung der Milz, andererseits kein Anwachsen der Flüssigkeit in der Bauchhöhle bemerken. Gleich nach der Operation stellte sich eine Oligurie ein, die aber allmählich verschwand.

Joffe (Dorpat).

Lisjansky und Ljudkewitsch, Eine unparasitäre Cyste der Leber. Russki Wratsch **12,** S. 18—20. 1913. (Russisch.)

Verf. operierten einen Fall von Lebercyste. Die Cyste war von der Größe einer Wassermelone und nahm den rechten und linken Lobus der Leber ein. Der Inhalt der Cyste war Blut. Die innere Wand war glatt. Die vordere Wand der Cyste wurde entfernt und die Kapsel in die Bauchwunde eingenäht. Die Höhle wurde drainiert und tamponiert. Pat. behielt eine Fistel, aus der keine Galle secerniert wurde und die sich nach 7 Monaten schloß.

Verff. halten beschriebenen Fall für eine Pseudocyste, die in parenchymatösen Organen nach Blutungen vorkommen, wie es in der Milz beschrieben worden ist und die weder eine epitheliale noch endotheliale Membran haben. *Joffe* (Dorpat).

Courvoisier, L. G., Eine Basler Gallensteinstatistik. Korrespondenz-Bl. f. Schweiz. Ärzte **43,** S. 161—169. 1913.

Courvoisier gibt eine Gallensteinstatistik über 10622 Fälle aus dem pathologischen Institut Basel, die er mit den früher veröffentlichten statistischen Berichten Roths aus demselben Institut verbindet. Demnach fanden sich bei 16 205 Leichen in 10,9% der Fälle Gallensteine, und zwar bei 8050 Männern in 5,9% der Fälle und bei 7975 Weibern in 15,5% der Fälle. Die absoluten Gallensteinzahlen steigen bis ins siebente Lebens-

jahrzehnt, fallen dann rasch ab und erreichen zuletzt wieder die niedrigste Höhe des zweiten. Jeder zwölfte Mann und jedes vierte und fünfte erwachsene Weib hat nach C.s Statistik Gallensteine gehabt. Es folgen Vergleiche mit anderweitig mitgeteilten Statistiken und kurze Mitteilungen über den Sitz der Gallensteine, Fisteln, Carcinome, Perforationen usw. Beigegebene Tabellen ergänzen die von C. gegebenen Zahlen. *Nordmann* (Berlin).

Hofmeister, v., Beiträge zur Chirurgie des Choledochus. (*Karl-Olga-Krankenh. u. Ludwigsspit., Stuttgart.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 225—230. 1913.

Wenn wiederholte oder schwere Anfälle von Cholecystitis auftreten, soll operiert werden. Der Verf. bringt sehr interessante, von ihm mit ausgezeichnetem Erfolg operierte Fälle:

1. Totale Zerstörung des Duct. cysticus und partielle des Duct. choledochus durch Steine. 2. Totale eitrige Zerstörung der Gallenblase, Choledochusstein; abgekapselte gallige Peritonitis unter der Leber und im kleinen Becken. 3. Entzündlicher Choledochusverschluß, beginnende biliäre Leberdegeneration. 4. Choledochussteine, Rezidiv nach dreimaliger Choledochotomie, Narbenstenose der Papille, Choledochotomie, Duodenotomie, Dilatation der Papillenstenose, Hepatikusdrainage. Choledochoduodenaldrainage. 5. Chronische Cholecystitis calculosa, intermittierender Choledochusverschluß, Choledochuspfortaderfistel, Heilung durch Cholecystektomie, Choledochotomie und Naht der Pfortaderperforation. *Schliep.*

Pankreas:

Gellé, Le cancer primitif du pancréas. Étude histologique et physio-pathologique. (Das primäre Pankreascarcinom. Histologische und physiologisch-pathologische Studie.) (*Laborat. d'anat. pathol. d. fac. de méd., Paris et Lille.*) Arch. de méd. exp. **25,** S. 1—50. 1913.

Sehr genaue histologische Untersuchung von 3 Pankreaskopfcarcinomen und unter sorgfältiger Berücksichtigung der vorliegenden Literatur eingehende Diskussion der Histologie, der Histogenese und der pathologischen Physiologie des Pankreaskrebses. Nach Gellé gibt es 2 histologisch gut umschriebene Typen des Pankreaskrebses, ein Carcinom, das von den Epithelien der Ausführungsgänge und ein Carcinom, das von den Drüsenepithelien ausgeht. Die bei der Entwicklung des Pankreascarcinoms auftretende oder fehlende Glykosurie steht in Beziehung zu dem vom Krebs verschonten Pankreasparenchym. *Leuenberger* (Basel).

Milz:

Fauntleroy, A. M., Traumatic rupture of the spleen (complete); splenectomy. (Traumatische Ruptur der Milz [vollständige]. Splenektomie.) Ann. of surg. **57,** S. 68—71. 1913.

Kasuistische Mitteilung über einen Fall mit ausgesprochenem linksseitigem Schulterschmerz, durch Splenektomie geheilt. *Wiemann* (Flensburg).

Utrobin, Ein Fall von Heilung des Morbus Banti nach Splenectomie. Russki Wratsch **12,** S. 92—95. 1913. (Russisch.)

Patientin, die schon seit 3 Jahren krank war, wurde im 2. Stadium des Morbus Banti operiert. Nach der Splenectomie ist der Prozentgehalt des Hb von 63% auf 76% gestiegen. Die Zahl der Erytrocyten auf 5 750 000, statt Leucopenie stellte sich eine Leucocytose ein bis 11 592, die später auf 8437 fiel. Die Leber ist kleiner geworden. Der Urin ohne Gallenpigmente. Pat. fühlte keine Ermüdung, hat 25 Pfund zugenommen. *Joffe* (Dorpat)

Harnorgane:

Serés, Diagnóstico de la tuberculosis renal. (Die Diagnose der Nierentuberkulose.) (*Academia de medicina de Barcelona.*) La crónica médica **25,** S. 9. 1913. (Spanisch.)

Zur Schnelldiagnose der Nieren- und Blasentuberkulose wendet Verf. das Verfahren von Debré und Paraf an, das in der Ablenkung des Komplements durch das Antigen im Harn besteht und mittels dessen Serés die Diagnose bei Fällen stellen konnte, bei denen die üblichen Methoden negative Resultate gezeitigt hatten. Die Diagnosen wurden bei den meisten der 11 Fälle durch die Operation oder

Sektion kontrolliert. Negatives Ausfallen der Reaktion schließt mit Sicherheit eine tuberkulöse Erkrankung des urogenen Systems aus.

Lazarraga (Marburg).

Townsend, Terry M., and Julius J. Valentine, On gonorrheal invasion of the kidney. (Über die gonorrhöische Infektion der Nieren.) Urol. and cut. rev. **17**, S. 33—35. 1913.

Ihre Ansicht beruht auf der Beobachtung von 1600 Privatkranken, von denen 1174 an chronischer Gonorrhöe mit positivem bacillären Befund, litten. 107 hatten akute Gonorrhöe. An Pyelo-nephritis litten 1245. 3 bekamen Pyelo-nephritis während der Behandlung. Von diesen Fällen hatten 2 einen acuten Verlauf, 3 kombinierten sich mit Steinen, 1 mit Nierentuberkulose, 2 mit Pyonephrose und 1 mit Ataxie. Für die Diagnose dieser wichtigen Komplikation der Gonorrhöe ist die mikroskopisch-bakteriologische Untersuchung des Harnsedimentes von allergrößter Bedeutung. Prognose ist nur in den ganz früh erkrannten Fällen günstig, die anderen Fälle gehen größtenteils in eine chronische Nierenentzündung über. Behandlung im akuten Stadium Bettruhe, Trinken großer Wassermengen, innerlich harndesinfizierende Arzneimittel und milde Ausspülung der unteren Harnwege. Bei den chronischen Fällen ist außerdem die Nierenbeckenwaschung sehr erfolgreich. *v. Lobmayer* (Budapest).

Cancer of the kidney. (Nierencarcinom.) Brit. med. journal **2718,** S. **250** bis 251. 1913.

Verf. bespricht die Grawitzschen Hypernephrome. Entgegen der Theorie von Grawitz, daß ihre bösartigen Formen durch maligne Degeneration versprengter Nebennierenteile entstehen, betrachtet er sie als echte primäre Nierencarcinome, die ihren Ausgang von den Nierenepithelien nehmen. Seine Beweisführung stützt sich auf die Untersuchungen von Stoerk, J. Shaw Dunn und R. H. Jocelyn Swan. Eigene Beobachtungen werden nicht berichtet. *Hinz.*

Diamantis, Kyste hydatique du rein gauche, néphrectomie; guérison. (Wäßrige Cyste der linken Niere. Nephrectomie. Heilung.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **30,** S. 199—202. 1913.

Lower, William E., A report of double congenital stricture of the left ureter with a movable calculus between the points of constriction. (Doppelte kongenitale Striktur des linken Ureters mit einem zwischen den Strikturstellen beweglichen Stein.) Americ. journal of urol. **9,** S. 27—**29.** 1913.

18jähriger Arbeiter, abgesehen von dem vorliegenden Leiden stets gesund. Familiäre Anamnese negativ. Schmerzanfälle etwa monatlich einmal, der letzte vor 14 Tagen, in der linken Seite des Abdomens, ausstrahlend in Penisund Scrotum, von wenigen Minuten bis zu zwölf Stunden dauernd. Seit 3—4 Jahren stets während der Attacken, ab und zu auch im Intervall Bluturin. Objektiv: ohne palpatorische Symptome, keine Druckempfindlichkeit der Nierengegend noch des Ureters. Im Urin einige Leukocyten und Erythrocyten. Das Röntgenbild ergibt einen mandelförmigrn Schatten am unteren Ureterende. — Extraperitoneale Freilegung des Ureters in Trendelenburgscher Lage. Der Ureter ist fingerdick, mit Urin gefüllt. Eröffnung durch Längsschnitt. An der durch das Röntgenbild angedeuteten Stelle findet sich eine enge Striktur, aber kein Stein. Eröffnung der Blase. Auch darin ist der Stein nicht. Die Operation wird unterbrochen und eine neue Röntgenaufnahme gemacht, die den Stein jetzt im oberen Ende des Ureters oder im Nierenbecken zeigt. Fortsetzung der Operation: Nephropyelotomie. Dicht unter dem Nierenbecken zweite, gerade sondierbare Stenose. Die Sonde bringt den Stein jetzt in die Ureterwunde, wo er extrahiert werden kann. Der Stein war also in dem spindelförmigen Divertikel des Ureters durch die Anwendung der Trendelenburgschen Lage nach oben nierenwärts gewandert, nach Eröffnung des Ureters durch die sich aneinanderlegenden Wände festgehalten worden. Schichtnaht der Operationswunde, Ureter mit dünnem Katgut genäht. Reaktionsloser Verlauf der Heilung. Seit dem Eingriff keine Schmerzattacken mehr. *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Caspari, Hémorragie dans un rein mobile. (Blutung in einer Wanderniere.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **3,** S. 57—60. 1913.

16tägige starke Hämaturie bei einer 48jährigen Frau mit äußerst beweglicher linker Niere. Niere beim Stehen in der Fossa iliaca. Starker Hängebauch. Nach Anlegung einer Bandage ist Patient während einer Beobachtungszeit von 4 Jahren beschwerdefrei. Urin völlig

normal. Verf. glaubt, Stein, Tuberkulose, Tumor, einseitige Nephritis ausschließen zu können. Er hält Abknickung der Nierengefäße mit nachfolgender Stase und Diapedese für die Ursache der Hämorrhagie und erwägt die Möglichkeit, ob nicht manche „essentielle Hämaturien" so zu deuten sind. *W. Israel* (Berlin).

Ehrich, William S., Urinary calculi. (Harnsteine.) Urol. and cut. rev. **17**, S. 31—32. 1913.

Ehrich gibt eine zusammenfassende Übersicht der Harnsteindiagnose sowie deren Behandlung. Bemerkenswert ist, daß der Autor einen sehr konservativen Standpunkt einnimmt. Diagnostizierte Steine auch wenn sie wenig Blutung oder Eiterung verursachen, entfernt er dennoch nicht. Auffallend ist die Beobachtuug, daß er einen in der Blase schwimmenden Stein beobachtete und auch entfernte, jedoch wird nicht erwähnt, auf welche Weise der Blasenstein entfernt wurde. *v. Lobmayer* (Budapest).

Simpson, J. W., Incontinence of urine in children. (Harninkontinenz bei Kindern.) Edinburgh med. journal **10**, S. 49—54. 1913.

Incontinentia urinae liegt vor, wenn ein Kind am Ende des 3. Lebensjahres noch keine Kontrolle über die Entleerung seiner Blase hat. Meistens besteht nur Inkontinenz zur Nachtzeit, seltener nur am Tage, am seltensten bei Tag und Nacht. Außer in den „einfachen" Fällen, wo kein pathologischer Befund vorliegt, kann Inkontinenz durch kongenitale Mißbildungen oder geistige Schwäche bedingt sein, ebenso durch Zustände, die Schmerzen bei der Miktion verursachen, wie Steine, Enge des Meatus, Phimose, Hyperacidität des Urins, Cystitis und beginnende Blasentuberkulose. Reflektorisch kann sie entstehen bei Vulvitis, Würmern und Analfissur. Die Allgemeinbehandlung hat in Luft- und Ortswechsel und viel Bewegung in frischer Luft zu bestehen. Letzte Mahlzeit wird eine Stunde vor dem Schlafengehen eingenommen; das Kind hat vor dem Einschlafen Wasser zu lassen, wird nach 2 Stunden wieder zum Urinieren geweckt, da die Durchnässung in der Regel in den ersten 3 Stunden des Schlafes erfolgt. Wo erforderlich, hat chirurgische Behandlung einzusetzen. Die medikamentöse und diätetische Therapie, die lange Zeit angewandt werden muß, richtet sich nach dem Urinbefund.

Bei normalem Urin Tinctura Belladonnae in kleinen Dosen. Bei hyperacidem Urin mit hohem specifischen Gewicht Kaliumcitrat, kein Fleisch; bei neutralem oder alkalischem Urin mit niederem spezifischen Gewicht keine Kohlehydrate. Enthält der Urin Bakterien, wobei Koliinfektion überwiegt, Urotropin, bei Mischinfektion eventuell Vaccine. Daran hat sich in den letzten drei Fällen Darreichung von Belladonna, als souveränes Mittel, anzuschließen. Bei geistig zurückgebliebenen Kindern können Thyreoidpräparate versucht werden; epidurale Injektion und Lumbalpunktion sollen für extrem schwere Fälle reserviert bleiben. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Negrete, Carlos, Un caso de papiloma vesical diagnosticado por cistoscopia, extirpación del tumor por vía suprapubiana. (Ein Fall von Blasenpapillom cystoskopisch diagnostiziert. Exstirpation des Tumors mittels suprapubischen Blasenschnitts.) Rev. ibero-americ. de ciencias méd. **29**, S. 13. 1913. (Spanisch.)

Kasuistische Mitteilung. *Lazarraga* (Marburg).

Ducastaing, R., Pollakiurie symptomatique d'étroitesse congénitale du méat urétral chez un adulte. (Pollakiurie als Symptom einer kongenitalen Enge des Harnröhrenendes bei einem Erwachsenen.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **3**, S. 61—64. 1913.

Bei einem 23jährigen Gärtner, der nie Gonorrhöe gehabt hatte, bestand bei stets völlig klarem Urin seit 2 Jahren ausgeprägte Pollakiurie ohne Polyurie, verbunden mit Stechen in der Penisspitze. Ein mit einer kleinen Olive versehenes Bougie wird kurz hinter der äußeren Harnröhrenöffnung durch eine zirkuläre Falte aufgehalten, besonders beim Zurückziehen des Bougies. Dilatation mit Beniqués bis Nr. 40. Heilung. *W. Israel* (Berlin).

Nicolich, Sur un cas de mort par embolie gazeuse à la suite d'une injection d'air dans la vessie. (Ein Fall von tödlicher Luftembolie nach Anfüllung der Blase mit Luft.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **3**, S. 45—46. 1913.

Ein 63jähriger Prostatiker stirbt plötzlich nach Anfüllung der Blase mit 180 ccm Luft (300 ccm sollten, wie Verf. dies vor der Sectio alta zu tun pflegt, injiziert werden). Obduk-

tion: Die Incision des r. Ventrikels und der V. cava unter Wasser nach Ligatur der Aorta asc. und der V. cava inf. ergibt eine große und mehrere kleine Luftblasen im r. Ventrikel und in der Vene. In der Blase chronische Cystitis mit Ekchymosen. Warnung vor der Luftfüllung der Blase. *W. Israel* (Berlin).

Lefèvre, H., Ulcère simple perforant de la vessie. (Einfaches perforierendes Ulcus der Blase.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **3,** S. 51—54. 1913.

Eine 58jährige Frau verspürt am 23. Tage nach der Operation einer eingeklemmten Schenkelhernie (Prima intentio) vor Beginn der Miktion einen heftigen Schmerz im Leibe und läßt keinen Tropfen Urin mehr spontan. Das Miktionsbedürfnis verschwindet. Mehrfacher Katheterismus fördert völlig klaren Urin zutage. Fehlende Projektionskraft des Harnstrahls. Entsprechend dem Katheterismus wechselnder Erguß im Leibe. Exitus nach 48 Stunden unter peritonitischen Erscheinungen. Sektion: Viel Urin in der Bauchhöhle. Keine Peritonitis. An der Hinterwand, in der Mittellinie, nahe dem Vertex eine Perforation von der Größe eines 50 Cent.-Stückes. Lefèvre glaubt an ein spontan entstandenes Ulcus simplex der Blase. Die naheliegende Möglichkeit der Blasenverletzung während der Hernienoperation wird garnicht erwähnt. (Wandnekrose durch Naht.) *W. Israel* (Berlin).

Cumston, Charles Greene, A note on the history of retrograde catheterization in ruptures of the urethra. (Eine Bemerkung zur Geschichte der retrograden Catheterisation der Harnröhre.) Boston med. and surg. journal **168,** S. 232. 1913.

Männliche Geschlechtsorgane:

Marion, G., Un cas de mort par embolie gazeuse au cours d'une prostatectomie. (Ein Fall von tödlicher Luftembolie im Verlauf einer Prostatektomie.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **3,** S. 47—49. 1913.

Bei einem 62jährigen Prostatiker wurden 450 ccm Luft in die Blase injiziert, ohne daß sie im Hypogastrium erschien. Injektion von weiteren 450 ccm ohne diesen Effekt. Kurz nach der Operation (Prostatektomie), bei der das Emphysem des perivesikalen Gewebes auffiel, tiefe Cyanose und Exitus. Obduktion unter allen Kautelen: Im rechten Herzen ca. $^1/_2$ l Luft. Viele Luftblasen auch in der Vena cava inf. und in den Nierenvenen. Marion rät daher zur Anfüllung der Blase mit Flüssigkeit. *W. Israel* (Berlin).

Bonamy et Dartigues, Technique opératoire de la génitoplastie masculine externe. (Technik der Plastik der äußeren männlichen Geschlechtsorgane.) Presse méd. **21,** S. 93—95. 1913.

Die hier beschriebene Operation wurde bei einem 51jährigen Mann, der an einem 2 Köpfe großen Lymphangiom des Scrotums und Penis litt, und dem von anderer Seite die Kastration empfohlen war, ausgeführt. Durch einen viereckigen Schnitt wird die ganze Geschwulst mit der elephantiastisch verdickten Haut der vorderen Fläche des Scrotums und der ganzen Haut des Penis abgetragen, so daß die Testikel und die Samenstränge durchschimmern. Alsdann wird der hintere Teil der Scrotalhaut mobilisiert und wie ein Suspensorium nach vorne und oben gezogen und so dem suprapubischen Schnitte, welcher die obere Grenze der Geschwulstexstirpation darstellt, genähert. Das Membrum wird durch einen knopflochartigen Schnitt in der Raphe des Scrotums nach unten durchgezogen. Nachdem das Scrotum mit der Bauchhaut vernäht, wird zur Überhäutung des Penis beiderseits neben dem Knopflochschnitt ein rechteckiger Hautlappen zurückpräpariert, über das Membrum gezogen und an der vorderen und hinteren Mittellinie und um den Meatus herum vernäht. Abbildungen erläutern die Operation. *Stettiner* (Berlin).

Nicoll, Jas. H., Six cases of hydrocele in infants treated by operation. (6 Fälle von Hydrocele bei Kindern behandelt durch Operation.) Brit. med. journal **2721,** S. 384. 1913.

Roepke, O., Kann Verheben oder Erschütterung des Körpers eine Nebenhoden- und Hodentuberkulose auslösen oder verschlimmern? Ärztl. Sachverst.-Zeit. **19,** S. 100—104. 1913.

Weibliche Geschlechtsorgane:

Szili, Jenő, A nő genitaliák megbetegedéseinek viszonya az appendicitishez. (Das Verhältnis der Erkrankungen der weiblichen Genitalien zur Appendicitis.) Budapesti Orvosi Ujság Sebészet S. 1—4. 1913. (Ungarisch.)

Der kausale Nexus zwischen Appendicitis und Adnexerkrankung, Adnex- und Coecumtuberkulose, sowie die Differentialdiagnose zwischen Appendicitis einerseits

und Genitaltumoren, Extrauteringravidität andererseits werden besprochen. Am eingehendsten befaßt sich Szili mit der Appendicitis während der Gravidität und weist auf die ungünstige Prognose der in dieser Periode auftretenden appendikulären Abscesse hin. Eben deshalb hält er während der Gravidität die Frühoperation bei akuter Appendicitis unbedingt notwendig. Wenn schon Absceßbildung eintrat, soll man sich auf die Eröffnung dieses beschränken; in Fällen, welche mit diffuser Peritonitis oder Ileus kompliziert sind, ist die Entleerung des graviden Uterus angezeigt. Bei gynäkologischen Laparotomien soll man den Wurmfortsatz immer untersuchen. Wenn an ihm anatomische Zeichen einer früheren Erkrankung vorhanden sind, oder eine frühere Erkrankung desselben durch die Anamnese festgestellt ist, oder aber wenn im Becken größere, vom Peritoneum entblößte Stellen zurückbleiben, ist der Wurmfortsatz zu entfernen. *Pólya* (Budapest).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Koga, G., Über die Wirkung der Injektionen von Kochsalz- oder Lingleschen Lösungen bei Spontangangrän. Nippon-Gekagakai-Sashi **13**, H. 5. 1913. (Japanisch.)

Verf. hat in der chirurgischen Klinik von Kyoto (Prof. H. Ito) 23 Fälle von spontaner Gangrän (G. praesenilis) behandelt. Nach wiederholten Injektionen (Höchstzahl 138 mal) wurde die Pulsation in den Gefäßen der erkrankten Extremitäten deutlich wahrgenommen. Dabei bemerkte er, daß die Viscositätserniedrigung im Blute z. B. 6,2 bis 4,9 herabgesetzt wurde. Verf. behauptet, daß diese Verdünnung den Kreislauf des Blutes in den Gefäßen erleichtert und Pulsation zustande bringen könne. Solche Wirkungen konnte er durch Darreichung der Jodkalipräparate nicht erlangen. Krankengeschichten der Fälle; in einem Falle Sektionsbefund. Unter der Leitung von Prof. T. Araki hat Verf. genaue Blutanalysen gemacht und durch einige Tabellen die Blutbeschaffenheit der normalen und erkrankten Menschen erläutert: er hat bemerkt, daß der Na-, Ka- und Ca-Gehalt im Blute bei Spontangangrän zugenommen hat. Aus seinen Erfahrungen zieht Verf. folgende Schlüsse: Weil die Viscosität des Blutes bei Spontangangrän erhöht ist, wird dieselbe erfolgreich durch die Injektionen von Kochsalz- oder Lingleschen Lösungen herabgesetzt; zur gleichen Zeit Ca-Gehalt des Blutes. Diese Wirkung ist manchmal dauerhaft, während sie in einigen Fällen von kurzer Wirkung ist; in einem Falle dauerte sie 2 Jahre. Um die Temperatursteigerung bei den Injektionen der Kochsalzlösungen zu hemmen, empfiehlt Verf. Linglesche Lösungen. Hinsichtlich der Ätiologie der Spontangangrän negierte Verf. Syphilis, weil die Wassermannsche Reaktion in seinen 21 Fällen negativ war. Er betonte den Mangel an vegetabilischer Nahrung. Er legt Gewicht auf die angeborenen dünnen Gefäßwände. *Tokuoka* (Tokyo).

Perimow, Ein Versuch der Einnähung der Vena saphena magna in die Art. tibialis post. Russki Wratsch **12**, S. 127—128. 1913. (Russisch.)

Ausgehend von der Ansicht, daß die Wietingsche Operation keine guten Resultate gibt, da das arterielle Blut die Venenklappen nicht überwinden und daher nicht bis an die Endverzweigungen dringen kann, schlägt Verf. eine Anastomose zwischen oberflächlichen Venen, in welchen Klappen sehr oft fehlen, und Arterien vor. Verf. machte mit Erfolg eine Anastomose der Vena saphena magna mit der Arteria tibialis post. in einem Falle beginnender Gangrän der Zehen nach Ergotismus. Verf. untersuchte die Vena saphena magna an Leichen und fand in keinem einzigen Falle Klappen. *Joffe* (Dorpat).

Obere Gliedmaßen:

Rocher, H.-L., Désinsertion traumatique du tendon inférieur du biceps brachial. (Traumatischer Abriß der unteren Sehne des Biceps brachialis.) Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Bordeaux **34**, S. 67—68. 1913.

40jähriger Arbeiter fühlt beim Heben eines schweren Steines plötzlich einen Schmerz, kann darauf den Arm im Ellbogengelenk nicht mehr aktiv beugen. 8 Stunden nach der Verletzung

findet sich im mittleren Drittel des Oberarms eine weiche halbkugelige Geschwulst von der Größe einer Mandarine. Kein Hämatom. Die Operation zeigt, daß die Scheide der Sehne leer ist und daß ein Abriß der unteren Bicepssehne am Insertionspunkt stattgefunden hat. Durchziehung der Sehne durch die Scheide und Fixation mittels Seidenfäden am Ansatzpunkt. Einen Monat Ruhigstellung. 4 Monate nach der Operation kehrt die Funktion allmählich zurück. *Schlesinger* (Berlin).

Labeau, Roger, Luxation en arrière de la phalangette de l'index droit. (Luxation nach rückwärts der Endphalange des rechten Zeigefingers.) Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Bordeaux **34,** S. 8. 1913.

35jähriger Quaiarbeiter zeigt infolge Quetschung des Endgelenkes des rechten Zeigefingers zwischen Tragkorb und 80 Pfund schwerem Kohlenstück Schwellung des Gelenkes ohne Weichteilzerreißung, Finger in Streckstellung im Endgelenk nicht beugungsfähig. Röntgenaufnahme von der Palmarfläche negativ, seitlich bei Aufliegen des Außenrandes des 2. Fingers völlige Luxation des Nagelgliedes nach hinten sichtbar.

Seit Malgaigne (1845, Journal de chir.) sind einige Fälle von Luxation des Daumenendglieds studiert worden, ohne daß Bilder von Luxation des Endglieds der 4 langen Finger bisher aufzufinden waren. Um diagnostische Irrtümer, besonders bei Unfallverletzten, zu vermeiden, fordert Labeau eine radiographische Aufnahme von der Fläche und von der Seite. *Frank* (Köln).

Untere Gliedmaßen:

Rouvillois, H., Deux cas de plaie artérielle par coup de feu. (Zwei Fälle von Arterienverletzung durch Schuß.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 128—138. 1913.

Interessante Krankengeschichten zweier Fälle von Schußverletzung der Hauptschlagader des Beins, die Verf. in verschiedenen Zeiträumen nach der Verwundung im Feldlazarett Kasablanka operiert hat. Gemeinsam ist beiden die anfänglich vorhandene, starke Blutung, welche auf Ruhe und Verband rasch zum Stehen kommt. Im ersten Falle großes Hämatom (10 ccm Umfang mehr) infolge 1 cm langen Risses der Arteria femoralis am Eintritt in dem Adduktorenkanal durch Schuß 9 cm oberhalb des Kniegelenkes in der Richtung von innen hinten nach vorn; geheilt 30 Tage nach der Verwundung durch Ausräumung des $^3/_4$ l großen Blutergusses und Unterbindung der Arterie; einige bei der Operation in der Nähe des Gefäßes vorgefundene Knochenstückchen der Femur scheinen mit zur Gefäßverletzung beigetragen zu haben. — II. Fall, erst über ein Jahr nach dem schräg von außen nach innen quer durch die Kniekehle erhaltenen Schuß operiert. Apfelsinengroßer Tumor der Kniekehle, Pes equinovarus und Hypästhesie. Thrombose der Poplitealgefäße, Bluterguß bereits teilweise organisiert, Neurolyse der nicht durchtrennten, aber stark in Schwielen eingebetteten Nerven, besonders des Peroneus. Hier Wiederherstellung der Nervenfunktion nicht abgewartet, sondern auf Drängen des Patienten die Redression des Pes equinovarus durch Tenotomie der Achillessehne und Arthrodese des Fußgelenkes nach Exstirpation des Talus vorgenommen. *Kaerger* (Berlin).

Waelder, Max, Zur Kenntnis der Zerreißung des Ligamentum patellae proprium. (*Städt. Katharinenhosp., Stuttgart.*) Med. Korrespondenz-Bl. d. württemberg. ärztl. Landesver. **83,** S. 60—61. 1913.

Die Verletzung kam zustande bei einem 40jährigen Mann, der bei spitzwinklig gebeugtem Unterschenkel mit dem Knie auf die mit Steinen frisch beschotterte Straße fiel. Die Diagnose war zu stellen aus der Strecklähmung, dem Hämatom und aus dem Hochstand der Patella. Bei der am nächsten Tage nach der Verletzung vorgenommenen Operation fand sich Zerreißung des Ligamentum patellae proprium nahe an der Patella, Zerreißung der Gelenkkapsel und Abriß des Ligamentum laterale an der Insertionsstelle der Tibia. Auf die Ausräumung des Hämatoms und Exstirpation von schlecht ernährten Gewebsfetzen folgte Fixation des Ligamentum laterale an den Condylus tibiae, Naht der Gelenkkapsel und des Ligamentum patellae durchweg mit Catgut. Letztere Nahtstelle wurde noch durch einen der Fascia lata entnommenen, frei transplantierten Lappen mittels einiger Catgutnähte gesichert. Heilung unter Gipsverband mit guter Funktion. *Ehrlich* (Wien).

Coues, Wm. Pearce, Fracture of the fifth metatarsal bone by inversion of the foot. (Bruch des 5. Mittelfußknochens durch Umstellung des Fußes.) Boston med. a. surg. journal. **168,** S. 90. 1913.

Dieser Knochenbruch erfolgt, wenn das Körpergewicht bei Gleichgewichtsverlust plötzlich auf den äußeren Fußrand verlegt wird. Der Autor hat einen auf diese Weise entstandenen Bruch gesehen. Er will mit der Mitteilung frühere Beobachtungen bestätigen. *Iselin* (Basel).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete

Band I, Heft 7 S. 233—280

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Lawrowa, Transplantation lebenden Gewebes in Knochenhöhlen. Russki Wratsch **12**, S. 156—157. 1913. (Russisch.)

Verf. publiziert 2 Fälle von Fetttransplantation in Knochenhöhlen bei Osteomyelitis. Heilung im ersten Falle ohne vorhergehende Fistel per primam, im zweiten Falle mit Fistel per secundam. Verf. legt großes Gewicht auf die Knochenbildung nach Transplantation und vertritt die Ansicht, daß in dieser Richtung weitere experimentelle Untersuchungen notwendig sind. Nach den experimentellen Untersuchungen des Verf. soll nach Plombierung des Knochens beim Kaninchen schon am 24. Tage eine Knochen- und Knochenmarkbildung vorhanden sein; bei Makkas war nach Fetttransplantation am 51. Tage nur geringe Bildung von Bindegewebe am transplantierten Gewebe zu bemerken. *Joffe* (Dorpat).

Porta, Sylvius, Sur l'anastomose vasculaire. Technique personelle. (Eine neue Methode der Gefäßvereinigung.) Presse méd. **21,** S. 73—74. 1913.

Für die Wiedervereinigung zirkulär durchtrennter Gefäßstümpfe eignet sich am besten die End-zu-Endnaht. Ein gutes funktionelles Resultat ist jedoch nur dann zu erwarten, wenn bei peinlichster Asepsis unverletzte, breite Endothelflächen aneinandergebracht und möglichst wenig durchgreifende Nähte gelegt werden. Zudem darf die lichte Weite des Gefäßrohres an der Nahtstelle keine wesentliche Beeinträchtigung erfahren. Diesen Forderungen wird die Technik Portas gerecht. Die beiden Ränder der zu vereinigenden Gefäßstümpfe werden an korrespondierenden Stellen durch 4, einige Millimeter lange, senkrechte Schnitte eingekerbt. So erhält man auf jeder Seite 4 gleich breite Gefäßwandläppchen, die durch je eine durchgreifende Seidennaht mit ihren Endothelflächen breit aneinandergelegt werden. An den vier Winkeln der Nahtlinie sichern einige Adventitiannähte den exakten Schluß. *Meyer* (Cöln).

Schulthess, Wilhelm, Über orthopädische Gymnastik. Korrespondenz-Bl. f. Schweiz. Ärzte **43,** S. 170—176 u. 200—208. 1913.

Frugoni, C., Studi sulla ghiandola carotidea di Luschka. (Studien über die Luschkasche Carotisdrüse.) (*R. istit. di studi sup. di Firenze.*) Policlin. Sez. med. **20,** S. 49—60. 1913.

Durch Versuche an Kaninchen, denen er Extrakte der Carotisdrüse intravenös einspritzte, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen, 4—5 ccm des Extrakts einer vom Kalbe gewonnenen Carotisdrüse, intravenös eingespritzt, genügen, um ein Kaninchen zu töten. Die Einspritzung nicht tödlicher Dosen in die Venen ruft eine deutliche Blutdrucksenkung hervor, die mit einer Verminderung der Atmung und einer Pulsverlangsamung verbunden ist. Der Extrakt der Drüse wirkt nicht auf das bulbäre vasomotorische Zentrum, sondern direkt erweiternd auf die Gefäßwände, ohne die letzteren aber in ihrer histologischen Struktur zu schädigen. Auf das Herz wirkt der Extrakt direkt, indem die Herzzusammenziehungen langsamer und schwächer werden. Zwischen dem Extrakt der Luschkaschen Drüse und dem blutdrucksteigernden Nebennierenextrakt besteht ein toxischer Antagonismus, doch überwiegt an Kraft und Dauer der Nebennierenextrakt. Es ist anzunehmen, daß die Luschkasche Drüse eine innere Sekretion besitzt, welche vielleicht mit zur Regulierung des Blutdrucks beiträgt. *Herhold* (Hannover).

Devroye, Maurice, Considérations sur un cas de maladie de Raynaud. (Betrachtungen über einen Fall von Raynaudscher Krankheit.) Clinique (Bruxelles) **27,** S. 97—100. 1913.

Bei 25jährigem Dienstmädchen vor 7 Jahren zuerst bemerkte blaue Verfärbung der Finger und Zehen, beginnend am rechten Mittelfinger, dann die übrigen Finger, die linke Hand, schließlich die Zehen ergreifend. Häufig hartnäckige Panaritien; feinere Arbeit kann es wegen Beweglichkeitsbeschränkung und Volumzunahme der Finger nicht mehr verrichten. Finger und Hand bis zum Handgelenk tiefblau, hart geschwollen, ebenso Zehen und Füße, an Intensität zentralwärts abnehmend. Nasenspitze, Ohrmuschel, Augenlider gleichfalls ödematös, cyanotisch von leichenhafter Kälte; Nägel brüchig, am freien Rand narbig verwachsen, hier und da

an der Wurzel Eiter absondernd, nicht druckschmerzhaft bei spontan auftretenden Schmerzen daselbst. Lunge und Herz gesund. Im Urin Eiweiß und Eiter. Milz nicht vergrößert. Hämoglobin 80%, rote Blutkörperchen 4 Millionen, Leukocyten 9200. Lymphocyten 25%. Polynukleäre neutrophile 70%. Große mononukleäre 4%. Wassermann in Blut und Liquor negativ. Anamnestisch kein Schanker; erste Regel mit 19 Jahren, spärlich; kranker Vater lebt, Mutter nach langer Krankheit gestorben; 7 Kinder tot geboren, 5 Geschwister leben klein von Figur.

Von den erworbenen Cyanosen ist die durch Blutstase nach Lungenleiden und schlecht kompensiertem Herzfehler bei Pat. auszuschließen, ebenso die akute infolge Wasserentziehung (Cholera usw.). Die sog. enterogene Cyanose (Stockvis) nach Zersetzung des Hämoglobins durch Darmgifte liegt ebensowenig vor wie die von Widal beschriebene Cyanose bei Hyperglobulie und tuberkulösem Milztumor. Erübrigt das Raynaudsche Syndrom als peripherer arterieller Angiospasmus. Verf. glaubt auf Grund einzelner Symptome, die sich bei näherer Untersuchung ergaben, in diesem Falle der hereditären Syphilis tarda aetiologisch eine Rolle zuweisen zu sollen: kleine Figur, (1,46 m), im Lippenspalt feine Narben, ebenso in der Lendengegend; atrophische und dystrophische Zähne, leichte Ermüdbarkeit der Augen, Abflachung und Defekt der Ohrmuschel, verspätetes Auftreten der Regel, Familienanamnese. Ebenso wie bei erworbener Syphilis könne auch bei der Syphilis tarda das Gefäßsystem von sklerösen Prozessen ergriffen werden, wenn auch nach Fournier andere Systeme, Auge, Knochen, Haut, Gehirn, bevorzugt würden. Therapeutisch war Schilddrüsendarreichung ohne Erfolg; dagegen verschwand nach 1/2stündiger Heißluftdusche unter Hitzegefühl und Schweiß die Cyanose für 6 Stunden, so daß Gangrän aufgehalten werden konnte. *Frank* (Köln).

Souques, La réaction de Wassermann dans la maladie osseuse de Paget. (Das Verhalten der Wassermannschen Reaktion bei der Pagetschen Krankheit.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris **29**, S. 322. 1913.

Mitteilung von zwei von Dévé beobachteten Fällen von Pagetscher Krankheit, bei denen die Wassermannsche Reaktion negativ ausfiel. *Wortmann* (Berlin).

Dufour, H., La réaction de Wassermann dans la maladie osseuse de Paget. (Das Verhalten der Wassermannschen Reaktion bei der Pagetschen Krankheit.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris **29**, S. 322. 1913.

Bei der Aufstellung einer Statistik, die den Zweck verfolgt, den spezifischen Ursprung der Pagetschen Krankheit nachzuweisen, müssen in jedem Falle alle Symptome, die auf Syphilis hinweisen, sowie der Ausfall der Wassermannschen Reaktion mitgeteilt werden. *Wortmann* (Berlin).

Lesné, La réaction de Wassermann dans la maladie de Paget. (Das Verhalten der Wassermannschen Reaktion bei der Pagetschen Krankheit.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris **29**, S. 321—322. 1913.

Bei einer vom Verf. mehrere Jahre lang beobachteten Frau mit Pagetscher Krankheit war die Wassermannsche Reaktion positiv. Während ihrer Erkrankung hat die Frau ein totes Kind geboren. Luetische Erscheinungen sind niemals bei ihr aufgetreten. Eine Schmierkur wirkte lindernd auf heftige Schmerzen in den unteren Extremitäten, blieb jedoch ohne Einfluß auf den Krankheitsprozeß selbst. *Wortmann* (Berlin).

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Mueller, George P., Infection and immunity. (Infektion und Immunität.) Internat. journal of surg. **26**, S. 9—13. 1913.

McKenzie, Dan, Diffuse osteomyelitis from nasal sinus suppuration. (Diffuse Osteomyelitis infolge von Eiterung der Nasennebenhöhlen.) Journal of laryngol., rhinol. a. otol. **28**, S. 6—25, 79—84 u. 129—137. 1913.

Braun, W., Die Bedeutung und Durchführbarkeit von Prophylaxe und Frühbehandlung der Diphtherie. (*Städt. Krankenh. Friedrichshain, Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 255—259. 1913.

Verf. weist an der Hand der Statistik seiner Fälle, die etwa 1/9 der Erkrankungsfälle Berlins betragen, nach, daß die Mortalität im Jahre 1911 rapide gestiegen

ist. Diese Tatsache ist nicht auf die mangelnde Wirkung der Serumtherapie zurückzuführen, sondern darauf, daß die Fälle zu spät in die Behandlung kommen oder aber mangels prophylaktischer Seruminjektion Ansteckungen in der Familie vorkommen. Demnach ist das Haupterfordernis in der Behandlung der Diphtherie, daß 1. die Fälle frühzeitig in Behandlung kommen, und 2. prophylaktische Immunisierung exponierter Individuen gefordert werden muß. Wenn innerhalb der ersten 36 Stunden mit 1500—3000 I.-E. immunisiert wurde, so starben 6,7%, dagegen starben 20%, wenn die Immunisierung erst nach 36 Stunden stattfinden konnte. Außerdem konnte konstatiert werden, daß die Diphtherie in den Familien epidemisch auftrat, wenn der erste Erkrankungsfall mehrere Tage ohne Behandlung blieb. Die schwere Form der Diphtherie zeigte sich meist stets als septische Form, die sich langsam entwickelt, gegenüber der plötzlich akut auftretenden Form des Croups. Auch soll man nicht die Seruminjektion abhängig machen von dem positiven Bacillenbefund, da man sonst die beste Zeit verstreichen lassen könnte. Da prophylaktische Injektionen für eine arme Familie bei zahlreichen Mitgliedern eine enorme Ausgabe bedeuten würde, so müßten seitens der Stadtverwaltungen Hilfsstationen errichtet werden, wo die Einspritzungen unentgeltlich geschehen könnten. Diese Einrichtung hat Verf. an seinem Krankenhause unter bereitwilliger Mithilfe der Stadtverwaltung mit dem besten Erfolge durchgeführt. Was die Gefahr der Anaphylaxie betrifft, so so weiß Verf. die Gegengründe mit Recht zu widerlegen. *Vorschütz* (Köln).

Reiche, F., Klinisches und Kritisches zur Behringschen Antitoxinbehandlung der Diphtherie. *(Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.)* Med. Klinik **9,** S. 11—14 u. 57—60. 1913.

Die Wirkung des Antitoxins wird gewaltig überschätzt, doch ist diese Therapie nicht völlig wirkungslos. Sie macht sich aber lediglich in kindlichen Jahren geltend und nicht mehr, beziehungsweise kaum noch nach dem 15. Lebensjahre. Kinder leiden unter der Toxinwirkung der Diphtherie am schwersten, wie dieses im klinischen Bilde, in den Komplikationen und insonderheit in der fast ganz auf ihre Altersgruppen beschränkten hämorrhagischen Diathese hervortritt. Die Injektion des Heilserums wirkt nahezu unmittelbar wohltuend auf das subjektive Befinden, ein entgiftender Einfluß macht sich bemerkbar. Ob dieser wohltätige Effekt nur flüchtigen Nutzen bringt, die Krankheit möglicherweise protrahiert, die Sterblichkeit aber nicht nachteilig beeinflußt, läßt Reiche unentschieden. Er hält am Gebrauch des Antitoxins fest. *Colley* (Insterburg).

Hamm, A., Ein seltener Fall von Kolipyämie; zugleich ein Beitrag zur klinischen Bedeutung des Bakterienanaphylatoxins. (*Univ.-Frauenklin., Straßburg.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 292—294. 1913.

Verf. bespricht einen Fall, bei welchem eine VI. Gebärende an Kolipyämie zugrunde ging. Es war bei bestehender Koliinfektion der Harnwege eine Abortausräumung gemacht worden. Im Vordergrund standen dyspnoische Anfälle mit Schüttelfrost und Erbrechen, dabei Temperaturen bis 42,5°. Das Obduktionsprotokoll wird mitgeteilt: es hatte sich eine Thrombose der Beckenvenen gebildet, das gesamte Venengebiet bis in die Vena cava war von eitrigen Thrombusmassen obturiert. In den Thromben, in der Milz und im Herzblut gelang die Züchtung einer Reinkultur von Bacter. coli. Der Verf. glaubt, daß es sich hier um Bakterienanaphylatoxinwirkung handelt, daß im Blut reichlich körperfremdes Eiweiß frei wurde, dessen Abbauprodukte diese schweren Erscheinungen von Vergiftung auslösten. *Schliep* (Berlin).

Dardel, Jean, Gonorrheal rheumatism in arthritic subjects, its clinical forms and their treatment. (Gonorrhoischer Gelenkrheumatismus, seine klinischen Erscheinungen und ihre Behandlung.) Med. record **83,** S. 150—153. 1913.

Nach einer Besprechung der historischen Entwicklung der Lehre vom Pseudorheumatismus gonorrhoicus, dessen Würdigung als umschriebenes Krankheitsbild erst durch den Nachweis der Gonokokken in den erkrankten Gelenken möglich war, gibt der Verf. zunächst eine detaillierte Schilderung der klinischen Erscheinungen mit Betonung differentialdiagnostischer Momente gegenüber der Polyarthritis rheumatica. Neben der antipyretischen Allgemeinbehand-

lung mit Pyramidon, Antipyrin und Chinin wird als Lokalbehandlung die mehrmalige Punktion des Gelenkes und frühzeitiger Beginn mit Bewegungen und Massage empfohlen. Über die Vaccination nach Wright durch intramuskuläre Injektion von abgetöteten Gonokokkenkulturen berichtet Verf. aus der Literatur günstige Resultate. Ohne Betonung eigener Erfahrungen wird ferner die Behandlung mit Antimeningokokkenserum nach Raymond und Chiray und die Reinjektion der aspirierten Gelenkflüssigkeit in die Umgebung des Gelenkes erwähnt. Von anderen therapeutischen Maßnahmen kommen noch die Radiotherapie in Form von Röntgenbestrahlung oder radioaktiven Schlammbädern, ferner Schwefelbäder, Heißluftbehandlung, Biersche Stauung und Injektionen von Fibrolysin in Betracht. Über all diesen Maßnahmen darf jedoch die Behandlung des Grundleidens, der chronischen Gonorrhoe der Harnröhre, nicht verabsäumt werden. *Ehrlich.*

Farkas, Ignaz, Arthigon bei gonorrhoischen Gelenkentzündungen. Zentralbl. f. d. ges. Therap. **31,** S. 58—60. 1913.

Unter Betonung der Vorteile der Vaccinebehandlung bei allen gonorrhoischen Prozessen in geschlossenen Höhlen empfiehlt Farkas das Arthigon, das er für akute Fälle gonorrhoischer Gelenkentzündungen (beginnend mit einer Injektion von 0,5 ccm auch in subfebrilen Fällen) geradezu als Specificum ansieht, da es die Heilungsdauer bis zur vollkommenen Arbeitsfähigkeit auf 8—14 Tage herabsetze, während es freilich bei subakuten und chronischen Fällen — mit 1 ccm Injektion beginnend — nicht so auffallende Erfolge, bisweilen auch Mißerfolge verzeichne. Der Autovaccine sei das Arthigon ebenso wie der stärkeren Reiterschen Vaccine (50 bis 100 Millionen Gonokokken enthaltend) vorzuziehen. *Hesse* (Greifswald).

Bogert, Frank van der, The serum treatment of tetanus after symptoms have developed. (Die Serumbehandlung des Tetanus nach Ausbruch der Erscheinungen.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 363. 1913.

Ein 14jähriges Mädchen hatte einen Monat vor der Aufnahme ins Krankenhaus eine Zehenverletzung erlitten, wurde mit schwerem allgemeinen Tetanus eingeliefert und erhielt in 20 Tagen die Dosis von 587,500 Antitoxineinheiten (!). Ausgang in Heilung. Als Serumwirkung wurde eine ganz flüchtige Schwellung mit Urticaria an einer Hand und vorübergehende Temperatursteigerung gedeutet. *Kreuter* (Erlangen).

Arnd, C., Die Magnesiumbehandlung des Tetanus. (*Inselspit. Bern.*) Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte **43,** S. 105—112. 1913.

Es wird über einen günstig verlaufenen schweren Tetanus bei einem 3jährigen Kinde, das mit wiederholten subcutanen Injektionen von Antitoxin und 3proz. Carbollösung sowie mit intraduralen Injektionen von 15proz. Magnesiumsulfatlösung behandelt wurde, berichtet. Der günstige Ausgang wird dem Magnesiumsalz zugeschrieben. Die Wirkung der intraduralen Injektion war ähnlich der in den Kocherschen Fällen. Auch in diesem Falle trat eine starke Einwirkung auf das Atmungszentrum auf, die Atmung wurde unregelmäßig, ähnlich dem Cheyne-Stokesschen Typus, die Frequenz der Atemzüge ging bis auf 7 in der Minute herunter. Nach Spülung des Duralsackes besserte sich die Atmung bald in auffallender Weise. Durch Bürgi konnten in dem Lumbalpunktat und in der Spülflüssigkeit beträchtliche Mengen von Magnesium nachgewiesen werden. Die schwierigste Frage in der Magnesiumbehandlung ist vorläufig noch die Dosierung. Nach Meltzer sind pro Kilogramm 0,03 Magnesiumsulfat anzuwenden. Gibt man das Mittel per os, dann ist keine narkotische Wirkung zu erwarten. Subcutan hat Patterson eine 10proz. Lösung bei vierstündlicher Injektion und einer Tagesmenge von 5 ccm mit Erfolg angewandt, doch waren die Injektionen sehr schmerzhaft. Durch Verwendung der 5,5proz. isotonischen Lösung kann man die Schmerzhaftigkeit der subcutanen Injektion zum größten Teile vermeiden; jedoch ist die Wirksamkeit des Magnesiumsulfates in dieser Konzentration noch nicht erprobt. Durch intravenöse oder subcutane Einführung von Calciumsalzen wird die Magnesiumnarkose aufgehoben. *Wortmann* (Berlin).

● **Oehlecker, F., Die Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose mit orthopädischen Maßnahmen.** Tuberkul.-Fortbild.-Kurs. d. allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf **1.** Würzburg, Kabitzsch 1913. 90 S. M. 3—.

Im Rahmen eines Fortbildungskursus gibt Verf. dem Praktiker eine klare und

zweckmäßige Anleitung zur selbständigen Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. Jedes Kapitel bringt eine Schilderung der Anatomie und klinischen Symptome, differentialdiagnostische Erwägungen und die Grundsätze der orthopädischen Therapie. Ausführlich behandelt werden besonders 1. die Wirbeltuberkulose; die Zerstörung des Wirbelkörpers führt zum Gibbus durch Drehung in sagittaler Richtung. Hieraus ergibt sich die zwingende Forderung einer Reklinationsbehandlung. Durch Rückwärtsbeugen gewinnen die Wirbel eine Stütze an ihren meist gesunden Gelenkfortsätzen und brechen nicht zum Buckel ein. Gipsbett mit Wattekreuz nach Fink zur Vervollständigung des lokalen Redressements. Cervicale Spondylitis erfordert den Jurymast. Gute Anweisungen für Gipstechnik und Anfertigung von Celluloidkorsetten. 2. Coxitis. Ausführliche Darstellung der statischen Veränderungen. Contracturen sollen in schonender Weise redressiert werden, eine geringe Flexion ist zum Sitzen zweckmäßig. Fixation im Gehbügel-Gipsverband, doch ist eine längere Entlastung wegen der Knochenatrophie nicht zu empfehlen. Beschreibung der Technik nach Dollinger und Wieting. Kürzer erörtert werden die Erkrankungen von Knie, Fuß, oberer Extremität, Rippen. Abscesse werden durch Punktion, Aspiration, Jodoformeinspritzung behandelt. Fisteln sollen häufig excochleiert werden. Neben Jod wird Chinin und Pyrogallol empfohlen, vor Wismutpaste gewarnt. Im Anhang bringt Verf. auf Grund früherer eigener Untersuchungen die Unterschiede zwischen den Bacillen des Typus humanus und bovinus und verteidigt die Ansicht, daß beide Stämme getrennt werden müssen. — Gute Abbildungen.

Hotz (Würzburg).

Lozano, D. Ricardo, Artritis tuberculosas poco frecuentes en la práctica profesional. (In der Praxis wenig bekannte Formen der Gelenktuberkulosen.) La clínica moderna **12**, S. 2—12 u. 33—36. 1913. (Spanisch.)

Beschreibung eines Falles von Kiefer-, 1 von Claviculosternal-, 1 von Acromioclavicular- und 4 von Sacroiliacalgelenktuberkulose. Da bei der Kiefergelenktuberkulose eine Ruhigstellung des Gelenkes nicht möglich ist, hält Lozano die operative Behandlung der Erkrankung für die einzige in Betracht kommende. Er macht dabei eine präaurikuläre Incision und entfernt den Gelenkkopf des Unterkiefers, um freien Zugang zu dem Gelenk zu haben. Bei der Tuberkulose des Sternoclavicular und Acromioclaviculargelenkes empfiehlt Verf. die Resektion des erkrankten Gelenkes. Eine Benachteiligung der Bewegungen an dem betreffenden Arm konstatierte Verf., bei der Resektion des Brustbeinschlüsselbeingelenkes, nicht. Bei den Tuberkulosen des Sacroiliacalgelenkes beschränkte sich L. auf Punktionen und Jodoforminjektionen, bei offener Tuberkulose kratzte er Fistel und Herde heraus, erreichte damit eine Heilung und eine Besserung, ein Fall ist noch in Behandlung, ein anderer endigte tötlich. *Lazarraga.*

Hammond, Roland, The Roentgen picture of bone tuberculosis. (Die Röntgenbilder bei Knochentuberkulose.) (Meet. of the Americ. Roentgen ray soc., Niagara Falls, sept. 11—14, 1912.) Arch. of the Roentgen ray **17**, S. 353—354. 1913.

Das typische Röntgenbild bei Knochentuberkulose verdankt seine Entstehung der Knochenatrophie, verursacht durch den Schwund der Kalksalze. Zuerst erscheint der Knochen verkleinert, dann wird er transparent, zugleich tritt seine Struktur deutlicher hervor. Hierzu kommt ein Verblassen der Gelenkkonturen, — die Weichteile hingegen werden durch Infiltration und Flüssigkeit dichter. Später sieht man entsprechend der Nekrose und Sequesterbildung Schattendifferenzen. Heilt der Prozeß, dann werden die Konturen wieder regelmäßig und deutlich, der Knochenschatten dichter. Hammond bespricht hierauf die Differentialdiagnose gegenüber der Syphilis, Rachitis, Osteomyelitis, sowie Skorbut, Sarkom und Knochencysten. In Verbindung mit exakter klinischer Untersuchung ist die Röntgenplatte ein verläßliches diagnostisches Hilfsmittel bei Knochen- und Gelenktuberkulose; allein jedoch ist sie zur Differentialdiagnose gegenüber Osteomyelitis und Syphilis nicht geeignet. *Gergö* (Budapest).

Marquès, H., Radiothérapie et scarifications dans le lupus. (Radiotherapie und Scarificationen in der Behandlung des Lupus.) Arch. d'électr. méd. **21,** S. 129—131. 1913.

Belot empfiehlt bei Lupus mutilans, wuchernden und ulcerösen Formen an Nase und Mund Scarificationen des ganzen Herdes, dann sofortige Bestrahlung mit Radium. 3—4 H. Strahlen 6—7 Benoist ohne Filtration. Nach 2—3 Wochen wird das Verfahren wiederholt bis zur Vernarbung. Marquès bestätigt durch 5 Beobachtungen den raschen und kosmetisch günstigen Erfolg dieser Methode. *Hotz* (Würzburg).

Rupp, Ernst, Klinischer und statistischer Beitrag zur Ätiologie der Hauttuberkulose, insbesondere des Lupus vulgaris. (*Univ.-Klin. f. Hautkrankh., Würzburg.*) Dermatol. Wochenschr. **56,** S. 129—144. 1913.

Aus klinischen Untersuchungen, denen das Material der Hauttuberkulosen der Jahre 1910—1912 zugrunde liegt, geht hervor, daß insbesondere bei erwachsenen Personen als Erreger des Lupus vulgaris in den weitaus meisten Fällen der Typus humanus in Betracht kommt, und daß der Typus bovinus eine weit untergeordnetere Bedeutung spielt, als häufig angenommen wurde. Verf. glaubt die meisten Lupuserkrankungen auf eine Lungentuberkulose zurückführen zu können. Festgestellt wurde auch, daß sehr häufig die Verbreitung der Rindertuberkulose nicht Hand in Hand geht mit der Verbreitung des Lupus. *Brandes* (Kiel).

Armand-Delille, P. F., L'héliothérapie dans le traitement des tuberculoses externes ses indications, ses modes d'application, ses résultats. (Die Heliotherapie, ihre Indikation, Anwendung und Resultate bei chirurgischer Tuberkulose.) Presse méd. **21,** S. 180—184. 1913.

Sonnenbehandlung läßt sich auch in der Ebene durchführen. Vorzügliche Resultate ergeben sich aus einer Kombination mit Seebädern. Das Verfahren ist angezeigt bei allen Formen chirurgischer Tuberkulose. Je oberflächlicher der Herd, um so schneller die Heilung. Das Ziel ist allmähliche Gewöhnung zu einer über Stunden ausgedehnten Bestrahlung des ganzen Körpers. Verbrennungen sollen nicht auftreten. Man lasse der Entwicklung des Schutzpigmentes Zeit. Besondere Vorsicht ist bei Fieberhaften geboten. Die orthopädische Behandlung sei eine möglichst einfache. Die Resultate bestehen in einer vorzüglichen Funktionsfähigkeit der geheilten Glieder, in einem staunenswerten Aufblühen des Organismus. *Hotz* (Würzburg).

Massey, G. Betton, Ionic sterilization in surgical tuberculosis. (Ionensterilisierung bei chirurgischer Tuberkulose.) Americ. journal of surg. **27,** S. 15 bis 17. 1913.

Verf. empfiehlt zur Behandlung chirurgischer Tuberkulose, vor allem der Halsdrüsen, die Einführung von Zinkquecksilber in die bestehenden Herde und die Verteilung des Mittels durch Ionisation mit Hilfe des elektrischen Stroms, der in der Stärke von 5—15 M.-A. gebraucht wird. Durch die Ionisation kommt es zur raschen Abstoßung des kranken Herdes, der sich gegen die Nachbarschaft durch kräftiges Bindegewebe abgrenzt, so daß rasche und dauernde Heilung erfolgt. Auch die bestehenden Fisteln reinigen sich und schließen sich bald. *Strauss* (Nürnberg).

Köhler, A., Zwergwuchs und Riesenwuchs bei Kindern eines Syphilitikers. Zeitschr. f. Röntgenk. **14,** S. 417—422. 1913.

Verf. hat bei einer früheren Gelegenheit einen Fall von allgemeinem Zwergwuchs seltener Art publiziert. Die Entwicklung, beurteilt nach dem Auftreten und dem Grad der Ausbildung der Knochenkerne, entsprach genau dem Alter der Patientin. Das war um so bemerkenswerter, als bei der Mehrzahl der bis dahin (1901) beschriebenen Zwerge die Skelettentwicklung nicht dem Alter, sondern der Größe der Individuen entsprach (d. h. also der Knochenentwicklung von normalen, gleichgroßen Kindern). Die nächstgeborene Schwester dieser Patientin, die Verf. zufällig im 18. Lebensjahr zu untersuchen Gelegenheit hatte, war normal entwickelt, litt aber an ihrem rechten

Fuße an partiellem Riesenwuchs, der die distalen Partien der ersten und zweiten Zehe betraf. Eine Nachforschung beim Vater ergab die Tatsache einer syphilitischen Infektion 5 Jahre vor der Zeugung der Zwergin. Unter den nächsten 6 Geburten seiner Frau waren 5 Aborte; das einzige davon lebendgeborene Kind war das mit dem partiellen Riesenwuchs. Es folgten 3 weitere normale Kinder. Wassermannsche Reaktion wurde nicht angestellt. Da in der Familie des Vaters und der Mutter Fälle von Mißwuchs nicht bekannt waren, glaubt Verf. die väterliche Lues für die Wachstumsstörung bei beiden Kindern verantwortlich machen zu müssen. — 2 Röntgenbilder sind beigegeben, deren Legende irrtümlich vertauscht zu sein scheint. *Ibrahim.*[M]

Adamson, H. G., Case of sporotrichosis of the disseminated, ulcerating, gumma type, in which there occured acute synovitis. (Fall von Sporotrichosis der dissiminierenden, ulcerierenden, gummösen Form verbunden mit Gelenkschwellungen.) Proceed. of the roy. soc. of med. **6**, Dermatol. sect. S. 70 bis 75. 1913.

Verf. teilt einen typischen Fall von Sporotrichosis (de Beurmann) mit, bei dem zahlreiche gummaähnliche Hautulcerationen und akute Gelenkschwellungen vorhanden waren. Die bakteriologische Untersuchung und die rasche Besserung auf Jodkaligaben bestätigten die Diagnose. *Linser* (Tübingen).

Miller, J. W., Dermatitis vegetans. Urol. and cut. rev. **17**, S. 20—21. 1913.

Bei einem 25jährigen Neger bildete sich auf der Wange ein ca. 3 Markstück großer, papulopustulöser Herd, als dessen Ursache anscheinend nur eine Staphylococceninfektion (Pyodermie) anzusehen war. Unter Borsäurewaschungen und Röntgenbestrahlung rasche Heilung. *Linser* (Tübingen).

Geschwülste:

Schneider, Hans, Über Erblichkeit des Atherom. Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 294—295. 1913.

Mitteilung eines Stammbaums, bei welchem sich 5 Generationen hindurch Atherome vererbt haben. *Schliep* (Berlin).

Lewin, Carl, Die Ätiologie der malignen Geschwülste. Therapie d. Gegenw. **54**, S. 121—124. 1913.

Brüggemann, Alfred, Beitrag zur Serumdiagnose maligner Tumoren. (Kellingsche hämolytische Proben, ascolische Meiostagminreaktion und Wassermannsche Reaktion. (*Chirurg. Univ.-Klin., Kiel.*) Mitteilg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. **25**, S. 877—901. 1913.

Verf. hat hauptsächlich mit der Kellingschen Reaktion IIa gearbeitet, welche eine Vermehrung der hämolytischen Fermente im Blute von Tumorkranken (gegenüber Hühnererythrocyten) anzeigt. Von 175 Sera entstammten 78 solchen Kranken, die an malignen Geschwülsten litten. Davon reagierten 51,2% positiv. Von einer streng spezifischen Reaktion kann keine Rede sein, da auch andere Sera (in besonders auffälliger Weise solche von schwangeren Frauen) positive Ausschläge gaben. Bei Tumorkranken scheint die Reaktion hauptsächlich auf Resorption von Zerfallsprodukten zu beruhen, da nicht zerfallene Geschwülste nur mit 8% positiv reagierten. Je höher oral der Tumor im Magendarmkanal sitzt, desto schwächer ist die Hämolyse. Ursprünglich positive Reaktionen verschwinden nach Eliminierung der Neubildung. Die nicht spezifischen positiven Reaktionen sind bedingt durch natürliche Hämolysine (v. Dungern). Die Meiostagminreaktion von Ascoli beruht auf der Beobachtung einer verminderten Oberflächenspannung in einem Antigen-Antikörper-Gemisch mit Hilfe des Stalagmometers von Traube. Extraktbereitung und Versuchstechnik sind sehr schwierig. Verf. gibt hierzu wertvolle persönliche Erfahrungen wieder. 40 Kranke mit malignen Tumoren ergaben 52,5% positive Resultate, 30 anderweitige Sera reagierten sämtlich negativ. Auch diese Reaktion ist nicht spezifisch in strengem Sinne (gibt aber gleichmäßigere Resultate, als die Technik von Kelling). Worauf sie beruht, ist noch nicht erwiesen. Die Wassermannsche

Reaktion war in 18 Fällen mit bösartigen Geschwülsten stets negativ. (Am Schluß kurze tabellarische Übersicht über das verarbeitete Material und 46 Literaturnummern.)

Kreuter (Erlangen).

● **Schellenberger, C., Biologische Studie über die Ursache des Krebses.** Heidelberg, Wolff. 1913. 24 S. M. 0.75.

Schellenbergers Untersuchungen knüpfen sich an die früheren Beobachtungen von Behla und Lyons, die — der eine in Buckau, der andere in Buffalo — ein gehäuftes Auftreten von Krebs bei Leuten konstatieren konnten, die sehr viel Grünzeug verzehrten. Sch. kam dabei auf den Gedanken, ob nicht der Kaminruß, der sich auf die Pflanzen in den Gärten absetzt, das Krebsvirus in den Körper einführen könnte, da ja, wie er später sagt, die Eingangspforten des Krebsparasiten die natürlichen Öffnungen des Körpers sind. Um auch den experimentellen Beweis für die Rolle des Kaminrußes zu bringen, stellte Sch. mikroskopische Untersuchungen des Kaminrußes an, und diese Untersuchung ergab nicht nur kleine Kohlenpartikel, sondern eine ziemliche Menge weißlicher transparenter Substanz, die zahlreiche schwarz pigmentierte Körperchen enthielt und dementsprechend ein getüpfeltes Aussehen hatte. Er schüttelte nun den Ruß mit destilliertem Wasser, filtrierte diese Mischung und impfte davon auf Nährgelatine, wo zahlreiche Kolonien von Organismen sich entwickelten. Von solchen weißen Kolonien machte er dann Stichkulturen und versuchte mit diesen Organismen bei Pflanzen Mißbildungen hervorzurufen. Er nahm die Schälrinde von Kohlrabi, bestrich diese mit der Kultur und konnte nach 7—10 Tagen den Wachstum eines matten, weißen, scharf konturierten und „soweit sichtbar" scheibenförmigen Organismus feststellen, den er nach Leyden als Vogelaugen-Plasmodiophora bezeichnet. Bei seinen weiteren Versuchen konnte Sch. bei einigen Pflanzen und auch bei Fischen kleine Wucherungen erzeugen. „Nach dem Gesagten haben die Mikroben und deren Methamorphose, sowie die Krebse selbst ihren Ursprung im Ruße. Da die Identität der verschiedenen Krebsformen, Carcinom und Sarcom nachgewiesen ist, so dürfte kein Anlaß zu verschiedenen Deutungen gegeben sein." *Szécsi* (Heidelberg).

Steinhaus, Jules, Deux cancers de structure différente chez la même personne avec métastases multiples provenant de chacun des deux cancers. (Zwei histologisch differente Carcinome bei derselben Person mit multiplen Metastasen jedes der beiden Carcinome.) Journal méd. de Bruxelles **18**, S. 41—45. 1913.

Bei einem 71jährigen Manne, wurde in der Mitte des Oesophagus ein ca. 15 cm langer, oberflächlicher ulcerierter Tumor gefunden, ein fünffrankstückgroßer an der kleinen Kurvatur des Magens. Die Leber enthielt zahlreiche Geschwulstknoten. Mikroskopisch erwies sich der Oesophagustumor als verhornender Plattenepithelkrebs, der Magentumor als kleinzelliges, infiltrierendes, alveoläres Carcinom. Von diesen histologisch ganz differenten Carcinomen hatte jedes eigene Metastasen gemacht: Die Geschwulstknoten in der Leber entsprachen dem histologischen Bau des Magenkrebses. Die regionären Drüsen des Oesophagus waren z. T. krebsig, und zwar zeigte diese krebsige Infiltration histologisch ganz die Struktur des Oesophaguscarcinoms. Es handelt sich hier also zweifellos um zwei primäre Carcinome, von denen jedes eigene Metastasen gemacht hat. *Konjetzny* (Kiel).

Harrington, Archibald W., and Alex. M. Kennedy, Bone-marrow metastases and anaemia in gastric cancer. (Knochenmarkmetastasen und Anämie bei Magencarcinom.) Lancet **184**, S. 378—380. 1913.

Nachdem die Verff. bereits früher über einen Fall von Magencarcinom mit Knochenmetastasen berichteten, in welchem das Blutbild dem einer perniziösen Anämie sehr ähnlich war, konnten sie jetzt auf Grund des Blutbildes und der Knochenschmerzen noch vor Sicherstellung der Carcinomdiagnose das Grundleiden vermuten. Ein Unterschied im Blutbilde gegenüber perniziöser Anämie bestand in reichlichem Vorkommen von Erythroblasten und Myelocyten im ersten, Megalocyten im zweiten Fall. *Hartert.*

Chachlow, Erstickung von bösartigen Neubildungen. Russki Wratsch **12**, S. 157. 1913. (Russisch.)

In der Biologie der bösartigen Neubildungen sind folgende Faktoren bemerkenswert: 1. Das schnelle unabhängige Wachstum der Geschwulst, als Folge einer Wucherung der Zellelemente, 2. das Eindringen der Geschwulstzellen in das gesunde Gewebe und die Schwächung der benachbarten Gewebe und des ganzen Organismus. Zur Zellteilung und besonders zur energischen Vermehrung der Zellen ist Sauerstoff erforderlich. Man nimmt an, daß der Kern der Zelle der Ort ist, wo der Sauerstoff sich im aktivierten Zustande befindet, daher ist eine solche Verbindung zu finden, die 1. in die lebende Zelle zum Kern eindringen, 2. Sauerstoff in sich aufnehmen und 3. dadurch die Zelle töten könnte. Verf. glaubt, daß diesen gesamten

Bedingungen das Leukomethylenblau entspricht. Es gelang Verf. bei seinen Tierversuchen durch Injektion von Leukomethylenblau in die Blutgefäße eine völlige Erstickung ganzer Gewebsabschnitte hervorzurufen. *Joffe* (Dorpat).

Jeremitsch, A. P., Über Pyroloxin (Acidum pyrogallicum oxydatum) und seine Einwirkung auf Krebskranke. Ärzte-Zeitung 20, S. 89—91 u. 137—140. 1913. (Russisch.)

Nach Durchsicht der Veröffentlichungen v. Steins (Moskau), welcher das Pyroloxin als einziges wirksames Mittel gegen Carcinom empfiehlt, kommt Autor zum Schluß, daß die Anwendung desselben wissenschaftlich nicht genügend begründet ist, da keine experimentellen Untersuchungen über die Wirkung des Präparates vorliegen. Die Erfolge, welche v. St. mit seiner Methode erzielt haben will, sieht der Autor ebenfalls als nicht eindeutig an, zumal da nur in den wenigsten Fällen eine mikroskopische Untersuchung vorliegt. J. hat darauf das Pyroloxin auch an 24 Kranken sowohl innerlich als lokal versucht. Innerlich gegeben rief es bald Druckgefühl in der Magengegend, Übelkeit und Diarrhöe hervor, so daß die Behandlung öfters unterbrochen werden mußte. Von den Kranken leben z. Zeit nur noch 5; bei keinem einzigen eine Besserung. *v. Holst* (Moskau).

Guillou, Narcisse, Contribution à l'étude de la coexistence de la tuberculose et du cancer de l'utérus. (Beitrag zum Studium des gleichzeitigen Vorkommens von Tuberkulose und Krebs des Uterus.) Rev. internat. de la tubercul. 23, S. 5—8. 1913.

Das der Dissertation des Verf. entnommene Kapitel bringt das Wesentliche in den Schlußsätzen: 1. Am Uterus können Tuberkulose und Krebs gleichzeitig vorkommen. 2. Die Tuberkulose lokalisiert sich gewöhnlich am Corpus, das Carcinom am Collum. 3. Bald entwickelt sich die Tuberkulose auf carcinomatösem Boden, bald umgekehrt. 4. Die Tuberkulose kommt in der Umgebung des Carcinoms fast völlig zum Verschwinden. 5. Chronische Entzündung im Verein mit spezifisch-tuberkulösen Schädigungen begünstigt Carcinomentwicklung. 6. Tuberkulose an und für sich ist nicht als Ursache für carcinomatöse Degeneration desselben Organs anzusprechen. *Posner* (Heidelberg).

Verletzungen:

Raoult-Deslongchamps, L., Le traitement rationnel des fractures. (Die rationelle Behandlung der Frakturen.) Clin. prat. 9, S. 12—16. 1913.

Verf. war gelegentlich gerichtlicher Sektionen von Verletzten, die den Unfall kurz überlebten, oft erstaunt über die erhebliche Ausdehnung des Blutergusses im Bereich des Knochenbruchs, und erklärt die Größe der Blutung aus dem Klaffen der starren Knochengefäße, die erst dann gestillt werde, wenn der Druck des ergossenen Bluts dem Blutdruck gleichkomme. Die Ekchymose sei klinisch das Zeichen der Fraktur und fehle nur dann, wenn sie durch straffe Fascien von der Haut zurückgehalten werde. Das Hämatom müsse demnach auch die Therapie der Fraktur beherrschen. Ferner habe er Kranke mit enormem Callus gesehen, ohne daß im Radiogramm eine Spur davon zu sehen war; unter dem Zufluß von Muskelbewegungen verschwinde dieser bald. Andererseits habe er noch Monate und Jahre nach der Frakturheilung die Trennungslinie frei von Kalkablagerung im Röntgenbild gefunden, und es sei bekannt, daß Schrägfrakturen des Unterschenkels nach scheinbarer Konsolidation sich beim Aufstehen verschieben können. Er schließt daraus, daß die Vereinigung der Fragmente, wenigstens im Anfang, nicht durch Knochengewebe, sondern durch elastisches Bindegewebe stattfinde, das zuerst teigig, allmählich sich festige. Die gegenwärtig übliche Methode der rigorosen Ruhigstellung durch Gipsverband wird scharf verurteilt, der Nachteil der Abmagerung des Gliedes und Atrophie der Muskulatur hervorgehoben; die dem Blutkreislauf günstigen Muskelbewegungen würden unterdrückt, die Haut an Abscheidung und Atmung gehindert und so das beste Mittel zur Resorption des Blutes, das wie ein interponierter Fremdkörper der Reduktion und Konsolidation im Wege stehe, außer acht gelassen. Verf. gebraucht auch für Gehverband verwendbare Aluminiumschienen zur Lagerung und Adaption — Anwendung von Gewalt, mit der eine Reposition doch nicht zu bewirken, soll vermieden werden. Anstatt der früher üblichen Alkoholumschläge und der weniger wirksamen Kälte verwendet er gegen den Bluterguß Vibrationsmassage und Heißluft. In dem Maße, als der Erguß aufgesogen wird, verschwindet das Ödem und nähern sich die Fragmente, wie im Röntgenbild nachweisbar, unter dem Einfluß der Massage und dem Druck von

im Verband angebrachten Wattetampons und kleinen Gummibällen. Häufige Kontrolle im Radiogramm erforderlich. Ebenso wie in der Wundheilung Blutstillung wichtig sei, müsse auch bei der Fraktur durch Massage vor der Konsolidation das Blut fortgeräumt werden, der üppige Callus des Gipsverbandes werde dann verschwinden. Durch diese Methode werde, wenn auch nicht immer anatomisch vollkommene Reduktion, so doch erhebliche Abkürzung der Behandlungsdauer und rasche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erreicht.
Frank (Köln).

Bartlett, Willard, A consideration of seventy-six operations in which Lane bone plates were used. (Mitteilung über 76 Operationen, in welchen die Laneschen Knochenplatten gebraucht wurden.) Boston med. a. surg. journal. **168,** S. 149—156. 1913.

Bartlett berichtet über seine Erfahrungen mit dem Laneschen Verfahren der operativen Verschraubung von Knochenbrüchen auf Grund von 76 Operationen, welche betrafen 7 Schlüsselbein-, 17 Oberarm-, 1 Radius-, 3 Vorderarm-, 4 Ulna-, 17 Oberschenkel-, 15 Tibia-, 9 Tibia-Fibula- und 3 Wadenbeinbrüche. 38 Fälle konnten 2—29 Monate nach der Operation nachuntersucht werden, darunter 22 subcutane, 16 offene Frakturen; unter letzteren waren 12 frisch oder im Granulationsstadium, 4 bereits vereitert zur Operation gelangt. Viermal mußte bei geschlossenen Brüchen, neunmal bei offenen die eingeschraubte Metallamelle nachträglich entfernt werden, welche in einem Falle noch nach 2 Jahren plötzlich Erscheinungen einer lokalen aseptischen Fremdkörperentzündung ausgelöst hatte. In 7 Fällen war das Operationsresultat ein wenig glückliches: einer erlag einem Delirium tremens (subcutane Oberschenkelfraktur), eine geschlossene Clavicularfraktur einer nachträglichen Pneumonie, ein 8jähriger Junge mit offener Fraktur der Tibia einer Fettembolie (Mortalität 3,9%); bei einem Oberschenkelbruch war unter Lockerung der eingeschraubten Lamelle eine schwere Nachblutung eingetreten, zweimal bei schweren offenen Frakturen eine nachträgliche Amputation des Armes bzw. Fußes notwendig geworden, bei einer offenen Oberschenkelfraktur eine Reihe von Wochen nach der Operation durch Fistelinfektion eine schwere Septicämie hinzugetreten. Lamelle und Schrauben heilten auch bei eiternden Frakturen ein. B., ursprünglich ein prinzipieller Anhänger der Laneschen Methode, rät bei geschlossenen Frakturen eine sorgfältige nicht schablonisierende Auswahl für diese Behandlung an und hält sie angezeigt: 1. wenn der Allgemeinzustand des Verletzten frühes Aufstehen wünschenswert macht, 2. bei alten nicht konsolidierten oder deform geheilten Fällen, 3. bei frischen offenen Frakturen, 4. bei älteren offenen Brüchen, wenn im Grunde der Wunde die Knochen nackt zutage liegen. *Henschen.*

Jñigo, M., La radiografia y el método cruento en la terapéutica de las fracturas. (Die Radiographie und das blutige Verfahren bei der Behandlung der Frakturen). La clinica moderna **12,** S. 13—21. 1913. (Spanisch.)

Verf. tritt für die Röntgenphotographie bei jeder Fraktur ein. Jñigo hält die operative Freilegung der Fraktur prinzipiell angezeigt bei nachweisbarer Interposition von Weichteilen und wenn die Dislokation eine sehr große ist, ebenfalls wenn kleine quergelagerte Knochensplitter keinen Kontakt der Bruchenden zulassen. Für sehr empfehlenswert hält J. die Naht der Bruchenden bei *T*- und *Y*-Frakturen der Epiphysen. Zur Befestigung der blutig reponierten Frakturen verwendet Verf. Metallplatten, die mit Schrauben befestigt werden, und zur Knochennaht empfiehlt er galvanisierten Eisendraht. Bei den gewöhnlichen subcutanen Frakturen wendet Verf. nach der Reposition Gips und Celluloidverbände an, die er mindestens 20 Tage liegen läßt, um dann mit passiven Bewegungen und Massage zu beginnen. Die komplizierten Brüche behandelt Verf. offen und injiziert prophylaktisch Antistreptokokkenserum und Tetanusantitoxin. *Lazarraga* (Marburg a. L.).

Lyle, H. H. M., Blood injection for ununited fracture. (Blutinjektion bei Pseudarthrosen.) (Transact. of the New York surg. soc., state meet. 13. XI.1912.) Ann. of surg. **57,** S. 284—285. 1913.

Vorstellung eines jungen Mannes, dessen $3^1/_2$ Monate alte Pseudarthrose der rechten

Tibia und Fibula nach weiteren 8 Wochen nach 8 Injektionen von Blut nach Bier in und um die Bruchstelle vollständig fest geheilt war. Menge jeder Einspritzung 20—30 ccm, Beginn der Konsolidation nach der 3. Spritze. *Gelinsky* (Berlin).

Bernhardt, M., Tod durch Herzaffektion oder durch elektrischen Unfall? Obergutachten, dem Reichsversicherungsamt eingereicht im Oktober 1911. Ärztl. Sachverst.-Zeit. **19**, S. 69—71. 1913.

Bei einem in der Grube tot in aufrechter Stellung aufgefundenen Bergmann wurde angenommen, daß er mit einer schadhaften Stelle einer Leitung von 220 Volt in Berührung gekommen sei; der Verbrennungsbefund an den möglichen Stromeintrittsstellen war ungenügend erhoben; Durchnässung der Kleider wirkte begünstigend für die Stromwirkung; die an den Aorttaklappen und Coronargefäßen gefundenen Veränderungen genügten nicht als Todesursache. *Grashey.*

Kriegschirurgie:

Imbriaco, P., Le ferite prodotte dalle moderne armi da fuoco portatili da guerra alle varie distanze. (Die von den modernen Kriegsfeuerwaffen auf verschiedene Entfernungen hervorgebrachten Verwundungen.) Policlin. Sez., prat. **20**, S. 113—125. 1913.

Aus der sich mehrfach an deutsche Erfahrungen anlehnenden Arbeit möge nur einiges hervorgehoben werden. Das Geschoß wirkt auf die Gewebe des Körpers in der direkten Richtung seiner Bewegung und in seitlicher Richtung, die Wirkung wird als die eines Hammerschlags, eines Keils und eines Bohrers bezeichnet. Bezüglich der explosiven Wirkung auf die in den Körperhöhlen eingeschlossenen wasserreichen Organe ist Verf. mehr Anhänger einer hydrodynamischen als einer hydrostatisch-hydraulischen Kraft, wenn er auch meint, eine derartige komplizierte Erscheinung lasse sich theoretisch nicht sicher erklären. Er unterscheidet eine Zone der explosiven Wirkung bei nahen Entfernungen, eine Zone der glatten Durchbohrungen bei mittlerer Entfernung, eine Zone der zerrissenen Wunden auf große Entfernungen und viertens die Zone der Kontusionen, in welcher das Geschoß seine durchbohrende Kraft verloren hat. Die Wirkungen auf die einzelnen Organe werden geschildert, bietet aber nichts Neues. *Herhold* (Hannover).

Exner, Alfr., und J. Heyrovsky, Kriegschirurgische Erfahrungen. (K. k. Ges. d. Ärzte i. Wien, 17. I. 1913.) Klin.-therap. Wochenschr. **20**, S. 182—184. 1913.

Exner hat im Alexanderspital zu Sofia von 1200 eingelieferten Verwundeten 900 stationär behandelt; unter ihnen kamen 617 ziemlich rasch zur Genesung. Meist war ein 2—6 Tage langer Transport auf offenen Büffelwagen vorausgegangen. Die erste Wundversorgung war schlecht, Verbandpäckchen sind nicht benutzt worden, die Schußwunden ausgiebig tamponiert, oft zur Blutstillung mit Zigarettentabak ausgestopft. Unter den 900 Fällen waren 487 Gewehrschüsse (mit 12% Steckschüssen) und 148 Verletzungen durch Artilleriegeschosse (27% Steckschüsse). Zehnmal fand sich Tetanus, im übrigen waren von den Gewehrschüssen 32%, von den Artillerieverletzungen 40% infiziert. E. verfuhr möglichst konservativ, nur 3 Amputationen wurden nötig, von den 80 Lungenschüssen gaben nur ganz wenige zu einem operativen Eingriff Veranlassung, bei Schädelschüssen wurde nur wegen Absceßbildung operiert. Das Spitzgeschoß erwies sich als nicht sehr human, weil es sich oft drehte und mit dem breiten Ende zuerst aufschlug. Die Erfahrungen von Heyrovsky sind im wesentlichen die gleichen, auch er bemängelt die schlechte Wundbehandlung in der vordersten Linie. *Bergemann* (Berlin).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Adler, Hans, Über Lokalanästhesie am Auge mit besonderer Rücksicht auf Eusemin. Allg. Wien. med. Zeit. **58**, S. 59—60. 1913.

Empfehlung des Eusemins, das eine sterile Lösung von Cocain und Adrenalin in physiologischer Kochsalzlösung darstellt, zur Injektion bei mannigfaltigen Operationen am Auge und an seinen Anhängen. Vor der Injektion soll man 3%ige Cocainlösung einträufeln. *Eugen Schultze* (Berlin).

Garfunkel, Eigenartige Erscheinungen am Auge bei einer Novocaininjektion am Alveolarfortsatz des Oberkiefers. Dtsch. zahnärztl. Wochenschr. **16**, S. 104. 1913.

Nach einer Novocaininjektion von 0,5 ccm an der palatinen Seite des 1. oberen rechten Molaren trat unter brennenden Schmerzen im gleichseitigen Auge eine eigenartige — subjektive und objektive — Trübung der brechenden Medien ein mit Verfärbung am unteren Augenlid-

rand und anämischen Stellen an der rechten Wange. Erklärt wird das Phänomen durch Injektion der Flüssigkeit in ein Blutgefäß. Nach 3 Tagen war das Auge wieder klar.
Eugen Schultze (Berlin).

Le Filliatre, G., Des avantages de la rachianesthésie dans les interventions pour gastro-entérostomie ou gastrostomie chez les malades très affaiblis. (Die Vorteile der Rückenmarksanästhesie für Gastroenterostomie oder Gastrostomie bei sehr geschwächten Kranken.) Journal de méd. de Paris **33,** S. 11 bis 13. 1913.

Le Filliatre berichtet über 3 Gastroenterostomien und 4 Gastrostomien, die er bei sehr schwachen Patienten mit Magen- bzw. Oesophaguscarcinomen unter Rückenmarksanästhesie ausgeführt hat. Das Alter der Patienten schwankte zwischen 38 und 74 Jahren. Eingespritzt wurde 2—3 ccm 2 proz. Cocainlösung. Die Anästhesie war immer eine gute, und überstanden alle Patienten die Operationen. Es wurden keinerlei üble Nacherscheinungen beobachtet.
Le F. empfiehlt nach seinen günstigen Erfahrungen die Rückenmarksanästhesie als Methode der Wahl bei sehr geschwächten Kranken. *Schlesinger* (Berlin).

Pozzato, Paolo, Contributo allo studio dell'anestesia locale da infiltrazione. (Beitrag zur lokalen Infiltrationsanaesthesie.) (*Poliambulanza med.-chirurg., Padova.*) Gaz. degli osp. e delle clin. **34,** S. 225—226. 1913.

Loup, Fritz, Étude expérimentale des suprarénines synthétiques et de leurs dérivés. (Experimentelle Studie der synthetischen Suprarenine und ihrer Derivate.) Monde dent. **27,** S. 78—101. 1913.

Verf. hat die pharmakologischen Eigenschaften des links- und des rechtsdrehenden Suprarenins, des racemischen Suprareningemisches, des Homorenons und des Arterenols vergleichend untersucht. Diese sich chemisch sehr nahestehenden Körper haben auch gleichartige, sich nur durch die Intensität unterscheidende Wirkungen. Bei Injektion von 1 promilligen Lösungen in die Ohrvene des Kaninchens ergab sich als dosis minima letalis pro kg beim linksdrehenden Suprarenim der Wert von 0,02—0,03 g. Setzt man diese Zahl gleich 1, so waren die entsprechenden Werte bei der racemischen Modifikation 1,25, beim rechtsdrehenden Suprarenin 5, beim Homorenon 30 und beim Arterenol 1,25. Die blutdrucksteigernde Wirkung nach Injektion in die vena jugularis war am stärksten beim linksdrehenden Suprarenin, am geringsten beim Homorenon. In der Wirksamkeit des linksdrehenden Suprarenins und des racemischen Gemisches fand Verf. nur geringe Unterschiede. Diese beiden Körper zeigten die stärkste lokale konstriktorische Wirkung, was von klinischer Bedeutung ist. Die blutdrucksteigernde Wirkung nach intravenöser oder intramuskulärer Injektion war bei den untersuchten Körpern etwa die gleiche wie beim durch Extraktion gewonnenen Adrenalin. Nur das Homorenon machte eine Ausnahme, insofern es trotz seiner viel geringeren Giftigkeit doch noch eine genügende Wirkung auf den Blutdruck zeigt. Doch glaubt Verf. nicht, daß diese Substanz zur Hebung des gesunkenen Blutdruckes beim Menschen je von Bedeutung sein wird. *Läwen* (Leipzig).

Blair, John, Table of cases operated on under spinal anaesthesia. (Eine Tabelle über in Spinalanästhesie operierte Fälle.) Liverpool med.-chirurg. journal **33,** S. 140—141. 1913.

Tabellarischer Bericht über 7 Stovainlumbalanästhesien bei kleineren Eingriffen mit einer unvollständigen Anästhesie. *Kulenkampff* (Zwickau).

Bean, J. W. B., Rigidity of the belly in anaesthesia. (Steifigkeit des Körpers in der Narkose.) Austral. med. gaz. **33,** S. 27—30. 1913.

Bean, Narkotiseur am St. Vincents Hospital in Sydney, bespricht die Ursachen der störenden Muskelspasmen in Narkose. Teilweise sind dieselben zurückzuführen auf fehlerhafte Technik des Narkotiseurs (zu schnelles Aufgießen des Chloroforms, ungenügendes Freihalten der Luftwege), teilweise auf falsche Technik des Operateurs (grober Zug am parietalen Peritoneum, starker Muskelreiz wie plötzliches scharfes Zurückziehen der Recti mit Haken). Andere Ursachen sind falsche Lagerung des Patienten, z. B. Trendelenburgsche Lagerung mit ungenügender Unterstützung der Beine. Schließlich kommen hinzu pathologische Veränderungen des Kranken. Das sind 1. solche, die leicht zu einer übermäßigen Kohlensäureansammlung im Blute führen: Adenoide, hoher Gaumen, Druck auf die Trachea durch eine große Schilddrüse, Mitralstenose und 2. solche, die eine abnorme Reizbarkeit hervorrufen: Tabakmißbrauch, nervöse Personen, Alkoholismus. Ebenso neigen Asthmatiker, Leute mit Emphysem und chronischer Bronchitis zu derartigen Muskelspasmen. *Schlesinger* (Berlin).

Bailey, Francis W., Aether: the technique of its administration. (Äther: Die Technik seiner Darreichung.) Liverpool med.-chirurg. journal **33**, S. 142 bis 153. 1913.

Verf. gibt zunächst einen kurzen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der Äthernarkose. Er ist von den vielen in England gebräuchlichen geschlossenen Masken zur reinen Äthertropfnarkose auf eine Gazemaske übergegangen und bespricht kurz die Vorbereitung des Kranken, die Einleitung und Durchführung der Narkose. Er fordert vollständige Muskelerschlaffung und Verschwinden des Cornealreflexes. Durchschnittlicher Verbrauch für eine Stunde beträgt 240—300 g. Zum Schluß bespricht er noch kurz die Insufflationsnarkose, die intravenöse und rectale Darreichungsweise des Äthers. *Kulenkampff* (Zwickau).

Kelly, Robert E., and W. Thelwall Thomas, Anaesthetic fatalities. A review of Prof. Hendersons work on Acapnia and shock. (Über Narkosezufälle.) Liverpool med.-chirurg. journal **33**, S. 154—158. 1913.

Die normale Erregbarkeit des Atemzentrums ist abhängig von einem bestimmten CO_2-Gehalt des Blutes. Bei leichten oder unterbrochenen Narkosen nimmt nun nach Henderson die Empfindlichkeit des Atemzentrums zu, so daß tiefe und rasche Atemzüge leicht einen Zustand von Apnoe erzeugen können, der den durch bloße vertiefte Atmung erzeugten bei weitem übertrifft. In tiefer Narkose kehrt die normale Erregbarkeit des Atemzentrums wieder. In diesem Zustand gesteigerter Empfindlichkeit des Atemzentrums liegen Gefahren für den Verlauf der Narkose. Zur Bestätigung dieser Anschauungen berichtet Verf. über einen Narkosetodesfall.

Kräftiger gesunder Mann; Einleitung der Narkose mit Äther. Das Einleitungsstadium war verlängert, starke Excitation. Patient kam nicht richtig in Narkose. Um eine volle Muskelerschlaffung zu erzielen: Chloroform. Ohne die leisesten Warnungszeichen: Herzlähmung, Exitus.

„Der Tod trat ein, nicht wegen einer Chloroformempfindlichkeit, nicht einer Herzkrankheit wegen oder eines nicht diagnostizierten Status lymphaticus, sondern durch die zu Beginn der intermittierenden leichten Äthernarkose erzeugte verstärkte Empfindlichkeit des Atemzentrums.“ Henderson glaubt, daß sich auf diese Weise einige, sonst völlig rätselhafte Narkosetodesfälle erklären. *Kulenkampff* (Zwickau).

Berry, Dickinson, Notes on the administration of anaesthetics in America, with special reference to the practice at the Mayo clinic. (Bericht über die Darreichungsweise der Anaesthetica in Amerika, mit besonderer Berücksichtigung des in der Mayoschen Klinik üblichen Vorgehens.) Proceed. of the roy soc. of med. **6**, Sect. of anaesthetics S. 13—21. 1913.

Verf. gibt einen kurzen Bericht über seine Eindrücke über den Verlauf der Narkosen, die er in New-York, Boston, Chicago und Minneapolis gesehen hat. Narkotisiert wurde teils mit Äther, teils mit Äther-Chloroformmischungen, in Chicago mit reinem Chloroform; gebraucht wurden die verschiedensten Apparate. Ausführlicher berichtet er nur über die Narkosen in Rochester, wo er 10 Tage lang den Operationen beiwohnte. Er ist begeistert von dem guten Verlauf der Narkosen dort. Keine vorherige Morphiumgabe außer in Magenfällen 0,01 Morphium. Das einzige Narcotikum, das stets in Tropfenform verabreicht wird, ist Äther. Die Narkose wird von Schwestern (nurses) geleitet, die besonders zu diesem Zwecke ausgebildet sind. Vor dem Beginn der Narkose wird dem sehr fest auf dem Tisch fixierten Patienten ein Stück Protektiv, das mit einem Wattebausch bedeckt wird, über die Augen gelegt. Benutzt wird eine modifizierte Esmarchmaske, um die nach etwa 1 Minute Narkosendauer ein langes Gazestück rundherum gelegt wird. Dann wird nach anfänglich langsamem Tropfen rascher getropft, die Maske aber von Zeit zu Zeit nicht fest aufgelegt und gelegentlich erhoben, um dem Patienten einen Atemzug frischer Luft zu geben. Nach 7—8 Minuten Beginn der Operation, ohne daß sich der Operateur durch die gelegentlich leichten Reaktionserscheinungen beim ersten Schnitt stören ließ. Verf. hält es für sicher, daß die Tiefe der Narkose, die an der Mayoschen Klinik häufig als genügend angesehen wird, vielen Operateuren in England nicht genügen würde. Bei abdominellen Operationen wurden die Narkosen durchaus oberflächlich gehalten, bei Magenoperationen wurden sie zeitweise unterbrochen. Störungen oder gefährliche Zufälle hat er selten gesehen; ein Narkosetodesfall ist bisher im St. Mary's Hospital nicht vorgekommen. Die Ätherbronchitis ist unbekannt. Tiefe Narkosen wurden bei Damm- und Nierenoperationen z. B. und Gaumenspalten ausgeführt. Endlich erwähnt Verf., daß ihm aufgefallen sei, wie die Beobachtung der Pupillenreflexe vollständig vernachlässigt würde und die Hauptsorge der Respiration, daneben dem Pulse gelte, und daß die Atmung der Haupt-, wenn nicht der einzige Führer für die Beurteilung der Tiefe der Narkose sei. *Kulenkampff* (Zwickau).

Graef, Wilhelm, Bericht über Erfahrungen mit den intravenösen Äther- und Isopral-Äther-Narkosen. (*Allg. städt. Krankenh., Nürnberg.*) Bruns Beitr. zur klin. Chirurg. **83,** S. 173—211. 1913.

Bericht über 510 intravenöse Narkosen (151 reine Äther- und 359 Isopral-Äther-Narkosen), die ohne ernsteren Zwischenfall verliefen. Zu den Äthernarkosen wurde 5 proz. Lösung, gut umgeschüttelt, von 28 Grad verwandt. Höhere Konzentrationen verursachen häufiger Albuminurie und Hämoglobinurie. Zur Erzielung tieferer Narkosen erwies sich die Kombination mit Isopral als sehr wirkungsvoll. Das Isopral wurde in Ringerscher Lösung in 1,5 proz. Konzentration gelöst. Da die Lösung nur auf 30 Grad erwärmt werden darf, sind bei häufigerem Umschütteln etwa 24 Stunden bis zur völligen Lösung notwendig. Zur Anwendung gelangte stets nie mehr als 200 ccm der Lösung, das sind 3 Gramm Isopral. Zum Schluß Beschreibung und Abbildung des verwendeten Infusionsapparates, der von Walb in Nürnberg angefertigt wird, und tabellarische Übersicht über sämtliche Fälle. *Tiegel* (Dortmund).

Kasashima, Y., Über den Pantopon-Scopolamindämmerschlaf. (*Frauenklin., Univ. Tübingen.*) Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. **18,** S. 90—107. 1913.

Das Pantopon-Scopolamin ist dem Scopolamin-Morphium in vieler Beziehung überlegen, wie die vergleichenden Untersuchungen über die Wirkung beider Mittel zeigen. Der mit Pantopon eingeleitete Dämmerschlaf reicht zwar auch zu größeren Eingriffen nicht aus, aber das Erbrechen, Pressen und Würgen während der Operation ist viel geringer als beim Morphium; von besonderer Wichtigkeit ist aber, daß die Bronchitiden bei Pantoponanwendung seltener beobachtet werden.

Hohmeier (Marburg).

Desinfektion:

Andres, V. de, La esterilización de las manos del cirujano por la tintura de yodo. (Die Sterilisation der Hände mittels Jodtinktur.) Gaceta médica del Sur de Espana **31,** S. 83—84. 1913. (Spanisch.)

Verf. empfiehlt folgendes Verfahren: Waschung der Hände mit 70—90° Alkohol und steriler Bürste während 5 Minuten, darauf Eintauchen der Hände in ein Gefäß mit 6% Jodtinktur. *Lazarraga* (Marburg).

Ahlfeld, F., Handschuhverletzungen und Händedesinfektion. Bruns Beitr. zur klin. Chirurg. **83,** S. 212—223. 1913.

Untersuchungen von Hellendall und Fromme (Der Handschuhsaft; Zentralbl. f. Gynäkol. 1912, S. 1601), welche eine Überlegenheit des Heißwasser-Alkohol-Sublimat-Verfahrens über die Heißwasser-Alkohol-Desinfektion ergeben hatten, veranlassen Ahlfeld zu einem Rückblick auf seine bekannten, zahlreichen Versuche über seine Heißwasser-Alkoholmethode. Sie hatten ihn zu einem gerade entgegengesetzten Ergebnis und zu der Überzeugung geführt, „daß die wohldesinfizierte Hand 1—$1^1/_2$ Stunden lang keine Keime aus der Tiefe, wenn dort solche überhaupt noch vorhanden gewesen sein sollten, auf die Oberfläche abgegeben, daß also eine ausgesprochene Tiefenwirkung des Alkohols stattgefunden hat.“ Um diese günstigen Ergebnisse zu erzielen, fordert er jedoch eine genaue Befolgung seiner Methodik, die sich aus 5 Akten zusammensetzt:

1. Präliminare Waschung mit 35—45° warmem Wasser und Seife, Kürzung der Nägel, Reinigung des Unternagelraums. — 2. Abspülen der Seife, Abreiben der Hand mit trockenem Handtuch. — 3. Gründliche Reinigung mit Wurzelbürste, Seife und warmem Wasser, Abspülen und eventuelles Abtrocknen. — Die Vorbereitungen 1—3 sollen bis zu 10 Minuten oder darüber ausgedehnt werden. — 4. Es folgt 3 Minuten langes Abbürsten mit Alkohol, der bei abgetrockneten Händen nur 80—90%ig zu sein braucht, bei nicht abgetrockneten Händen aber 96 proz. sein soll. — 5. Für 3 Minuten Abreiben der Hand und der einzelnen Finger mit einem 30 qcm großen, weichen Flanellappen durch drehende und stopfende Bewegungen.

Eine gründliche Händedesinfektion ist erforderlich, da nach Angaben von Hellendall und v. Herff die Gummihandschuhe nach Operationen zu etwa einem Drittel Verletzungen aufweisen. Bei genauer Befolgung seines Verfahrens hält jedoch Autor die Gummihandschuhe vielfach für entbehrlich, da sie seiner Ansicht nach eine vollständige Keimfreimachung der Hand ermöglicht. *M. v. Brunn* (Tübingen).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Rogers, John, A simple apparatus for insufflation anaesthesia. (Ein einfacher Apparat für die Insufflationsnarkose.) (Transact. of the New York surg. soc., state meet. 13. XI. 1912.) Ann. of surg. **57,** S. 276. 1913.

Verf. beschreibt einen einfachen aus einem Tretgebläse, einer Kombination von verschiedenen Flaschen und einem Manometer bestehenden Apparat, den er sich selbst hergestellt hat. Bei drei Fällen hat sich nach einigen vorher angestellten Tierversuchen dieser „home-made“ Apparat gut bewährt. Die Einführung des Katheters geschieht wie bei der Intubation nach dem Gefühl. *Kulenkampff* (Zwickau).

Künne, Bruno, Osteotomie mittels elektrischer Kreissäge. (*Berlin-brandenburg. Krüppelheil- u. Erzieh.-Anst.*) Zentralbl. f. chirurg. u. mechan. Orthop. **7,** S. 41—44. 1913.

Von der Annahme ausgehend, daß die Osteotomie ohne Erschütterung des Marks und unter Kontrolle des Auges vor sich zu gehen habe, außerdem glatte Schnittränder erzielen müsse, zieht Verf. der Osteotomie mit Meißel oder Drahtsäge die Durchtrennung mit einer Kreissäge vor, die er mit einem Elektromotor betreibt. Zur Vermeidung zu tiefen Eindringens benützt er — der Knochendicke entsprechend — Sägen verschieden großen Durchmessers. Der Knochen schneidet sich damit, seiner Ansicht nach „wie Butter“. *Neumann* (Heidelberg).

Rokitzki, W., Über ein neues Instrument für Haemorrhoidaloperationen. (*Chirurgische Klinik des Prof. Kadjan am Med. Institut für Frauen in St. Petersburg.*) Weljaminows Archiv für Chirurgie **28,** S. 961—962. 1913. (Russisch.)

Verf. schlägt ein neues Instrument vor, welches eine Kombination der Instrumente von Subotin und Dombrowsky (letzteres von Schaack, Zentralbl. f. Chirurgie 1910, Nr. 38 beschrieben) darstellt. In einer Reihe von Fällen hat sich dieses neue Instrument bewährt; die Kranken konnten am 10.—12. Tage mit schmaler lineärer Narbe an der Operationsstelle entlassen werden.

Das Instrument besteht aus einer Doppelzange mit 4 Griffen und je zwei für jede Circumferenz des Anus bestimmten Branchen. Die Vorteile sind darin zu sehen, daß die Hämorrhoidalknoten der beiden Analseiten gleichzeitig gefaßt werden können. Das Instrument ist von der Firma Schaplygin, St. Petersburg zu beziehen. *Hesse* (St. Petersburg).

Loumeau, Appareils de jour et de nuit pour fistule vésicale hypogastrique. (Tag- und Nachtapparat bei suprapubischer Blasenfistel.) (Soc. de méd. et de chirurg. de Bordeaux, séance du 27. XII. 1912) Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Bordeaux **34,** S. 81—82. 1913.

Demonstration und Abbildung eines solchen. Die Abdichtung auf der Haut erfolgt durch einen aufblasbaren Gummiluftring. Der Tagapparat leitet den Urin durch ein Gummirohr in einen längs dem Bein getragenen Gummibeutel, der analog konstruierte Nachtapparat fixiert einen Dauerkatheter in der Blasenfistel und dichtet ihn gegen die Umgebung ab. *Magenau* (Stuttgart).

Radiologie:

Cotton, William, The episcope, an optical instrument for X-ray use. (Das Episkop, ein optisches Instrument zur Untersuchung mit Röntgenstrahlen.) Arch. of the Roentgen ray **17,** S. 355—358. 1913.

Entsprechend den Regeln der gewöhnlichen Perspektive soll der Beobachter von Röntgenbildern gegenüber dem Fokus der Röhre stehen, — nur dann kann er das Röntgenbild in derselben Richtung und unter demselben Winkel betrachten, wie es sich perspektivisch wirklich darstellt. Cotton empfiehlt demgemäß ein Betrachten der Platte von der Filmseite und ein Betrachten des Abzuges nach Durchsichtigmachen derselben von der Papierseite aus. Zur leichteren Orientierung verwendet er eine würfelförmige, mit zwei Gucklöchern versehene Kamera, die er Episkop nennt. Das Instrument gestattet eine kombinierte gleichzeitige Beobachtung des Patienten und der Röntgenplatte dadurch, daß das reflektierte Röntgenbild auf der entsprechenden Körperoberfläche sichtbar wird. *Gergö* (Budapest).

Leriche, René, A propos de l'héliothérapie. (Zur Frage der Heliotherapie.) Presse méd. **21,** S. 184—186. 1913.

Die Methode ist von größter sozialer Bedeutung. Verf. fordert, daß überall Anstalten zur Insolation geschaffen werden sollen. Man bevölkere die Spitäler in der Peripherie großer Städte, die Landkrankenhäuser mit Tuberkulösen, errichte „Insolatorien“, wo die Kinder, wie in den Krippen den Tag verbringen können. — Das Verdienst, die Heliotherapie in die Behandlung der Tuberkulose eingeführt zu haben, gebühre dem Lyoner Chirurgen Poncet. *Kroh* (Köln).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Stewart, William H., Roentgen ray diagnosis of fractures of the skull. (Röntgendiagnose der Schädelbrüche.) (Meet. of the Americ. Roentgen ray soc., Niagara Falls, sept. 11—14, 1912.) Arch. of the Roentgen ray **17,** S. 346. 1913.

In einer Anzahl präzis diagnostizierter Fälle wurde mittels Röntgenstrahlen nicht nur die Gegenwart, sondern auch die nähere Natur von Schädelbrüchen bestimmt. Die Literatur verzeichnet wenig über die Verwendung der Röntgenstrahlen in solchen Fällen, — dennoch glaubt Verf., daß bei vielen Schädelbrüchen die Fraktur nur mit Hilfe von Röntgenstrahlen festgestellt werden kann. *Gergö* (Budapest).

Broca, Auguste, Disjonction des sutures craniennes par tumeur encéphalique chez l'enfant. (Auseinanderweichen der Schädelnähte bei Hirntumor im Kindesalter.) Presse méd. **21,** S. 101—102. 1913.

Geschwülste des Gehirns, namentlich solche des Mesencephalons, sind öfter die Ursache eines symptomatischen Ventrikelhydrocephalus; solange Nähte und Fontanellen noch offen sind, treten Druckerscheinungen verhältnismäßig spät auf, früh und schwer dagegen, wenn im späteren Alter der in seinen Nähten vollständig verschlossene Schädel dem langsamen exzentrischen Wachstumsdruck einer solchen virtuellen symptomatischen Hydrocephalie nicht mehr nachzugeben vermag. Gerade bei jüngeren Kindern können die Drucksymptome nach einem anfänglichen stürmischen Einsetzen langsam abklingen, und Broca konnte bei Kindern im Alter von $3^1/_2$, 10 und 11 Jahren als Ursache dieser Abmilderung des intrakraniellen Hochdruckes ein zum Teil durch Abtastung, immer jedoch radiographisch nachweisbares Auseinanderklaffen der Nähte unter der Wirkung des gesteigerten Binnendruckes feststellen. Es kam dabei zu einem Auseinanderweichen der Kranznaht bis zu einem Maximum von 10—15 mm am Scheitel oder der Lambdanaht, in geringerem Maße auch der Pfeilnaht. Die durch dieses Aufbersten der Nähte bedingte symptomatische Besserung betraf hauptsächlich die Schmerzen, das Erbrechen und motorische Reizzustände, kaum oder nur in geringem Maße auch die Opticuserscheinungen. *Henschen* (Zürich).

Smirnoff, A., Cephalohydrocele traumatica s. meningocele spuria traumatica. Arbeiten aus der chirurgischen Klinik des Prof. S. Fedoroff in St. Petersburg **6,** S. 1—103. 1913. (Russisch.)

Der Verf. hat den Versuch gemacht, der Frage vom experimentellen Standpunkt aus näher zu treten. An Kaninchen verschiedenen Alters wurde der Schädelknochen freigelegt und das Os frontale und parietale nach Abschiebung des Periosts mit einer starken Schere durchtrennt. In einigen Fällen wurden horizontale Schnitte in verschiedenen Richtungen hinzugefügt. Sodann wurde in der Richtung der Knochenspalte die Dura eröffnet und die Hautwunde geschlossen. Durch diese Versuchsanordnung wollte der Verf. die gleichen Bedingungen schaffen, wie sie beim Kinde vor dem Zustandekommen einer Cephalohydrocele traumatica angenommen werden. Bei den operierten Kaninchen gelang die künstliche Erzeugung einer Cephalohydrocele nicht. Es kam bloß zur Defektbildung. Mikroskopisch kam es in den dem Defekt benachbarten Knochenpartien zu Resorptionserscheinungen. Hiermit ist nach Ansicht des Verf. die wichtige Frage der bleibenden Defektbildung nach subcutanen Knochenfrakturen des Schädels in bejahender Hinsicht gelöst. Im zweiten Teil der Arbeit sind 98 Fälle dieser Erkrankung einer kritischen Bearbeitung unterworfen, davon 1 Fall des Verf. In diesem Fall wurde der Defekt durch freie Transplantation zweier Rippen geschlossen. Heilung.

Hesse (St. Petersburg).

Delobel, P., Note sur quelques cas d'ostéo-périostite du temporal d'origine otogène. (Mitteilung einiger Fälle von Periostitis des Schläfenbeines

otogenen Ursprungs.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **34,** S. 65 bis 71. 1913.

Bei den nach Mittelohreiterungen auftretenden Anschwellungen in der Fossa temporalis ist es nicht immer nötig, den Warzenfortsatz zu trepanieren. Es genügt eine einfache Paracentese oder eine Incision der geschwollenen Partie bis auf den Knochen. Verf. beschreibt 3 in dieses Gebiet hineingehörige Fälle.

In dem ersten Falle, bei dem die Schwellung bis auf den behaarten Kopf nach vorn bis zum Jochbein und oberen Augenlid zog, fand man in der Tiefe einen subperiostalen Absceß, dagegen den Proc. mastoideus intakt. In einem zweiten Falle wurde das Trommelfell parazentesiert und als einige Tage später über dem Schläfenbein inzidiert werden sollte, waren alle entzündlichen Erscheinungen von selbst geschwunden. Im dritten Falle bestand eitriger Ausfluß aus dem linken Ohr und hinter letzterem eine ödematöse Schwellung. Nach 48 Stunden verschwand dieselbe ohne Eingriff. Nach mehreren Tagen trat plötzlich hinter dem rechten Ohr (Pyämie) eine hühnereigroße Geschwulst auf. Im Begriffe, den Warzenfortsatz zu trepanieren, war die Schwellung stark zurückgegangen; bei dem retroauriculären Schnitt fand man keine Spur von Eiter noch wies die Eröffnung des Warzenfortsatzes Eiter auf. Man fand nur eine aufgelockerte Schleimhaut, die an eine alte Eiterung erinnerte.

Für den Arzt ist in solchen Fällen das Bild der echten Mastoiditis scharf abzugrenzen von dem der Periostitis des Schläfenbeines. Bei ersterer ist das Ödem und der Schmerz in der Höhe des Antrums lokalisiert und die Furche hinter dem Ohr ist verstrichen, bei letzterer drängt die Infiltration und das Ödem nach oben gegen den behaarten Kopf und das obere Augenlid. Der Zustand der Kranken ist im allgemeinen wenig alteriert, gegenüber dem schweren Krankheitsbilde der Mastoiditis. Verf. ist der Ansicht, bei der Periostitis des Schläfenbeines ruhig 48 Stunden zu warten mit einem Eingriff, da oft genug sämtliche Erscheinungen durch konservative Maßnahmen zurückgehen und man den Patienten den Eingriff einer Trepanation des Warzenfortsatzes sparen kann. *Vorschütz* (Köln).

Jack, Frederick L., and Calvin B. Faunce, Hemangioendothelioma of the temporal bone. (Hämangioendotheliom des Schläfenbeins.) Boston med. a. surg. journal **168,** S. 278—280. 1913.

Watson-Williams, P., and N. S. Finzi, Sarcoma of the right superior maxilla; removal of jaw and subsequent applications of radium for recurrence. (Sarkom des rechten Oberkiefers; Oberkieferresektion und Behandlung des Rezidivs mit Radium.) Proceed. of the roy. soc. of med. **6,** Laryngol. sect. S. 49 bis 51. 1913.

30 Jahre alte Frau mit Oberkiefersarkom. Oberkieferresektion. 2 Rezidivoperationen nach Verlauf von je einem Jahre. Bei dem letzten Eingriff erwies sich die Geschwulst als inoperabel. Radiumbestrahlung: einmal 96 Stunden ohne Unterbrechung, 2 Monate später 24 Stunden lang (Radiumbromid 200 mg in 2 mm dicker Platinkapsel). Seit dieser etwa $^1/_2$ Jahr zurückliegenden Behandlung ist ein erneutes Wachstum des Tumors nicht beobachtet worden. *Baruch* (Breslau).

Schottländer, E., Ein interessanter Fall von Oberkiefersarkom. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 387—390. 1913.

Kirmisson, E., L'ankylose temporo-maxillaire étudiée au point de vue du diagnostic. (Die Kiefergelenksankylose vom diagnostischen Gesichtspunkte.) Bull. méd. **27,** S. 143—144. 1913.

Die Kiefergelenksankylose entsteht gewöhnlich in der Kindheit im Gefolge akuter Infektionskrankheiten (Scharlach) oder eitriger Mittelohrentzündungen, welche auf das Gelenk übergreifen. Verf. resezierte bei 2 so erkrankten Mädchen das Unterkieferköpfchen mit sehr gutem Erfolge, der sich im 1. Falle auch noch 9 Jahre nach der Operation feststellen ließ. Für eine erfolgreiche Behandlung ist die genaue topische Diagnose unerläßlich. Bei beiderseitiger Ankylose besteht außer Kieferklemme auch die Unmöglichkeit der Vor- und Seitwärtsverschiebung des Unterkiefers. Bei einseitiger Erkrankung sind die letzteren Bewegungen ausführbar, das Kinn weicht dabei nach der kranken Seite hin ab. Auf dieser bleibt auch der Unterkiefer im Wachstum stärker zurück, was am deutlichsten an der gegenseitigen Lage der oberen und unteren Schneidezähne zu erkennen ist; hingegen ist die Wange hier voller, während sie auf der gesunden Seite abgeflacht erscheint. *v. Khautz* (Wien).

Kredel, L., Zur Behandlung der Kieferspalten und Hasenscharten. Bemerkungen zu der Abhandlung von W. Neumann. Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 221—222. 1913.

Neumann hat neuerdings vorgeschlagen, Gaumenspalten im frühen Kindesalter durch gewaltsame Annäherung der Oberkieferhälften zur Verschmälerung zu bringen. Schon vor 20 Jahren hat Verf. versucht, durch geeignete Bandagen diesen Zweck zu erzielen. Neumann führte seine Operation aus, um auch bei „großen, mit kompletter Kieferspaltung einhergehende Hasenscharten, das Auseinandergehen der Nähte zu verhindern". Verf. kann auf Grund seiner Erfahrung diese Indikation nicht anerkennen, weil man bei den üblichen Verfahren (Dieffenbach, Krause) auch bei den breitesten Spalten ohne Knochenoperation auskommt. Das Verfahren Neumanns bringt übrigens verschiedene Gefahren mit sich: das Ansetzen einer Wunde an einer Stelle, die nicht rein zu halten ist, ferner die Möglichkeit der Gefährdung der Naht beim Entfernen der Schraubenmutter. Verf. hält die Methode von Helbing oder eine Kombination mit schonenderen Verfahren für zweckmäßiger. *Monnier* (Zürich).

Kryński, Leon, Leczenie rewy nerwu trójdzielnego wstrzykiwaniem wyskoku. (Behandlung der Trigeminusneuralgie mit Alkoholinjektionen.) (*Spit. z. Heil. Geist, Warschau.*) Gaz. lekarska **48**, S. 1—12. 1913. (Polnisch.)

Kryński beschreibt verschiedene Operationsmethoden zur Beseitigung dieses Leidens und betont, daß die besten und dauerhaftesten Resultate die intrakraniellen Operationen geben, die aber technisch sehr schwer sind und bis 20% Mortalität geben. Im Jahre 1903 hat Schlösser auf Grund eigener Beobachtungen in diesen Fällen Injektionen von 80% Alkohol in die Äste des N. trigeminus empfohlen. Dieses Mittel soll alle Bestandteile des Nerven außer der Scheide zur Auflösung und Resorbierung bringen. Die Methode hat viele Anhänger unter den Chirurgen (Kiliani, Alexander, Braun) gewonnen. Die Technik der Injektion ist nicht schwierig, verlangt nur gute Kenntnisse der Topographie des Nervenverlaufes besonders in den Foramina. Bei der Injektion durch For. supraorbitale, infraorbitale und mentale sticht man die Nadel der Spritze durch die Haut in der Richtung des Kanals bis zu seinem Ende und injiziert 1—1½ ccm des 80% Alkohols. Viel schwieriger sind die Injektionen in die II. und III. Äste des Nerven durch das For. ovale und rotundum, in deren Auffinden K. sich der kraniometrischen Methode von Offerhaus bedient. In letzten Fällen injiziert man 2—3 bis 4 ccm 80% Alkohols. Nach der Injektion bemerkt man brennenden Schmerz, Schwellung der Haut, manchmal auch Ekchymosen und Schwierigkeit im Kauen. Zuletzt gibt K. die Statistik seiner 25 Fälle an. *Ehrlich* (Warschau).

Hirnhäute, Gehirn:

Hainiss, Geza v., Das Schenkelsymptom. Wien. med. Wochenschr. **63**, S. 503 bis 504. 1913.

Hainiss macht auf ein Symptom aufmerksam, das er nur bei solchen Kindern seiner Abteilung, bei denen im Gehirn bzw. in den Hirnhäuten ein krankhafter Prozeß vorhanden war, fand. Das Symptom besteht darin, daß die Kranken manchmal schon bei mäßigem, manchmal erst bei mittelstarkem Druck auf die Gegend des Hunterischen Kanales durch Schmerzäußerung reagieren, während sie bei Druck auf benachbarte oder entferntere Stellen des Oberschenkels nicht reagieren. H. fand dieses Symptom auch bei Fällen, bei denen andere Hirnsymptome noch fehlten und sich erst im Verlaufe einstellten. *Reinhardt* (Sternberg in Mähren).

Kaelin-Benziger, Beiträge zur Behandlung der Stauungspapille, insbesondere bei Hirntumoren, durch Dekompressiv-(Palliativ-)Trepanation, mit temporärer extrakranieller Drainage eines Seitenventrikels. (*Priv.-Klin. „Paracelsus", Zürich.*) Zeitschr. f. Augenheilk. **29**, S. 12—29 u. 138—158. 1913.

Verf. betont die Wichtigkeit einer möglichst frühzeitigen Palliativtrepanation bei Stauungspapille, da man unbedingt die Pflicht habe, die Kranken vor der Erblindung zu bewahren. Schon um Zeit zu gewinnen, ist er dafür, daß die Operation auch von Augenärzten ausgeführt würde, zumal sie keine größeren Anforderungen an die chirurgische Technik stellt, als manche anderen, jetzt schon von Ophthalmologen geübten Eingriffe (Krönleinsche Resektion der temporalen Orbitalwand u. ä.). — 5 von dem Verf. operierte Fälle werden ausführlich beschrieben. Unter diesen verdient der Fall einer 54jähr. Frau Beachtung, welche fast 3 Jahre nach der Operation vollkommen arbeitsfähig geblieben ist (lebt noch). Vorher hatten schwere Allgemeinerscheinungen bestanden, welche auf Hirntumor deuteten. Für die Operation stellt er die Forderung auf, daß der geschaffene Defekt nicht wieder osteoplastisch gedeckt werden darf.

Es muß also der Knochen einschließlich Periost und Dura entfernt werden, dann ist es möglich, eine Drainage des Subarachnoidalraumes unter die Weichteile des Schädels zu erzielen. Läßt sich der Tumor nicht lokalisieren, so wird die Trepanation in der Regio parietalis gemacht: Einschnitt 3 cm neben der Mittellinie und ebensoviel oberhalb des Tuber frontale; von hier aus senkrecht aufsteigender Hautschnitt von ca. 7 cm Länge, dann Resektion eines ca. zweifranksstückgroßen Knochenstückes. Vor der Eröffnung der Dura wird zunächst eine Punktion des Seitenventrikels gemacht. Ist die Erblindungsgefahr nicht akut, so wird die Dura erst einige Tage später eröffnet, sonst wird einzeitig operiert, d. h. die Spaltung wird unmittelbar an die Punktion angeschlossen, wenn durch diese Druckentlastung bewirkt ist. In beiden Fällen aber wird für 8—12 Tage eine extracranielle Drainage des punktierten Seitenventrikels durch Anschließen einer kleinen Mariottschen Flasche an die liegenbleibende Punktionsnadel vorgenommen. Durch diese Maßnahme glaubt Verf. den Eintritt eines Hirnprolapses verhindern zu können, weil während des angegebenen Zeitraumes eine feste Vernarbung der sofort vereinigten Weichteilwunde eintreten könne, da die Ventrikeldrainage für Druckentlastung sorge. Die Lumbalpunktion will Verf. nur für Fälle von Stauungspapille bzw. Papillitis angewendet sehen, welche nicht durch Hirntumor bedingt sind (Meningitis serosa u. ä.). *Brückner* (Berlin).

Salin, H., et J. Reilly, Méningite cérébro-spinale à forme cachectisante due au paraméningocoque, traitée et guérie par le sérum de Dopter. (Cerebrospinalmeningitis (kachektische Form) verursacht durch den Parameningococcus, behandelt und geheilt durch das Serum von Dopter.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris **29**, S. 423—428. 1913.

Méry, H., H. Salin et A. Wilborts, Un cas de méningite à paraméningocoques, traitée et guérie par le sérum antiparaméningococcique. (Fall von Meningitis durch den Parameningococcus, behandelt und geheilt durch das Antiparameningococcenserum.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris **29**, S. 411—423. 1913.

Lauenstein, C., Großhirn-Schußverletzung durch ein 7-mm-Geschoß ohne erhebliche Folgen. (*Hafenkrankenh., Hamburg.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121**, S. 121—124. 1913.

Lauenstein berichtet über einen reaktionslos verlaufenen Fall einer Schädelschußverletzung. Das aus unmittelbarer Nähe abgefeuerte 7-mm-Geschoß war an der rechten Schläfe eingedrungen, hatte das Gehirn und seine Häute durchsetzt, das linke Scheitelbein frakturiert, aber die Kopfschwarte nicht mehr durchschlagen. Nach Vernarbung der Einschußöffnung unter aseptischem Verband wurde das Geschoß nach Feststellung seiner Lage am 14. Tage unter Chloräthyl entfernt; es war durch die Lücke im Schädeldach wieder zurückgesunken und lag innerhalb der Dura. Nach 26 Tagen wurde Pat. geheilt entlassen; die einzige störende Folge der Hirnverletzung war eine Steigerung der Muskelreflexe an der Streckseite des rechten Oberarmes. Die Nachprüfung des Schußkanales an einer Leiche ergab, daß die Kugel vermutlich ihren Weg vom vorderen Ende der rechten dritten Stirnwindung durch rechtes Marklager, oberhalb des r. Corpus striatum unmittelbar am r. Seitenventrikel vorbei durch den Balken, das l. Marklager und durch die graue Substanz an der Grenze des mittleren und oberen Drittels der l. hinteren Zentralwindung genommen hatte. *Janßen* (Wilhelmshaven).

Bychowski, Z., Über zwei Fälle von subduralem Hämatom. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.. Orig. **14**, S. 340—352. 1913.

Bychowski bringt eine genaue neurologische Analyse zweier intraduraler Spähämatome.

I. Bei einem 57 jährigen Mann, welcher sich durch Fall eine leichtgradige Hirnerschütterung und unbedeutende Schürfungen am Kopfe zugezogen hatte, traten 3 Monate später unter intensivsten Kopfschmerzen immer mehr sich steigernde cerebrale Erscheinungen auf: Parese und Hypotonie der rechten Extremitäten, unsicherer Gang, Empfindlichkeit der linken Stirnscheitelgegend, Steigerung der rechtsseitigen Sehnenreflexe, Herabsetzung der Sensibilität der rechten Seite, Druckpuls bei fehlender Temperatursteigerung, Apathie, später Nackensteifigkeit, Babinski, Erbrechen; Augen- und Nebenhöhlen ohne Befund. Trepanation in der rechten Stirnscheitelgegend $3^1/_2$ Monate nach der Verletzung: Dura glatt, grünlich schim-

mernd, pulslos, unter ihr 150 ccm dunkelbrauner Flüssigkeit, an der Peripherie des Hämatoms viele Blutgerinnsel, Hirn stark zusammengedrückt, Naht der Dura ohne Drainage. Exitus 2 Tage später unter Anstieg des Pulses und der Temperatur. Keine Sektion.

Der Zusammenhang des Hämatoms mit der alten Verletzung ist sicher, da schon einfache Contre-coupwirkung solche Hämatome entstehen lassen kann. Gegen einen Hirnabsceß sprach das anfängliche Fehlen von Fieber, das Freisein der Nebenhöhlen, für einen über der Hirnrinde sich abspielenden Prozeß das anfängliche Fehlen des Babinski bei bestehender Parese. Während hier die Diagnose gestellt werden konnte, blieb die 2. Beobachtung diagnostisch vollständig unklar.

II. Ein 58jähriger Mann erkrankte mit heftigsten andauernden Kopfschmerzen, Erbrechen, Apathie, taumelndem Gang, 5 Wochen später bestand starke Klopfempfindlichkeit und heftige spontane Schmerzen in der rechten Stirngegend, Benommenheit, Erbrechen, Andeutung einer Parese des linken Beines, Druckpuls, bei fehlendem Fieber hie und da freie Momente, ab und zu leichter Babinski. Operation unter Annahme eines Stirnhirntumors: Dura dunkelbraun verfärbt, eingedellt, unter ihr schokoladefarbige Flüssigkeit und schwarze Gerinnsel, Hirn abgeflacht, fibrinös belegt, weiche Häute unverändert. Nahtverschluß der Dura. Das Sensorium hellte sich bei Puls von 90—100 zunächst auf, doch trat unter neuerlicher Benommenheit und hohem Fieber am 5. Tag der Tod ein. Keine Sektion.

Obschon weder anamnestisch noch bei der Operation ein Trauma erweislich war, nimmt B. auch hier ein traumatisches Späthämatom an, da keine Anhaltspunkte, weder anamnestisch noch anatomisch, für eine Pachymeningitis haemorrhagica interna bestanden. *Henschen* (Zürich).

Moschcowitz, Cyst of the cerebellum. (Cyste des Kleinhirns.) (Transact. of the New York surg. soc., stat. meet. 13. XI. 1912.) Ann. of surg. **57,** S. 264 bis 266. 1913.

15jähriger Schulknabe litt seit 3 Monaten an heftigen Kopfschmerzen, die anfallsweise mit Erbrechen auftraten und in beide Schläfen lokalisiert wurden. Außerdem Gedächtnisschwäche, Schwindel mit Neigung nach vorne zu fallen. Stauungspapille beiderseits Ataxie aller Extremitäten und eine perkutorische Empfindlichkeit über dem rechten Occiput. Operation ergab eine Cyste im Kleinhirn, die eröffnet und drainiert wurde. Schnelle Besserung sämtlicher Beschwerden. *Gelinsky* (Berlin).

Hypophyse:

Simmonds, M., Hypophysis und Diabetes insipidus. (*Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 127—128. 1913.

Simmonds teilt einen sehr instruktiven Fall mit, der als direkter Beweis dafür angesehen werden kann, daß u. U. der Diabetes insipidus als Folge einer Hypophysenerkrankung auftreten kann.

Es handelt sich um eine 37jährige Frau, bei der sich 8 Wochen nach einer Mammaamputation, zugleich mit Drüsenmetastasen, akut die Erscheinungen des Diabetes insipidus einstellten. Die Harnmenge schwankte zwischen 10 und 19 Litern. Patient starb 3 Monate nach der Operation. Bei der Autopsie wies die Hypophyse makroskopisch nichts Besonderes auf. Da aber die Knochen der Sattellehne eine abnorme Weichheit zeigten, wurde der ganze Türkensattel, einschl. der Hypophyse, entkalkt und mikroskopisch untersucht. Dabei ergab sich, daß der Knochen der hinteren Sattellehne fast völlig durch Krebsmassen ersetzt war, daß das Carcinom von hier direkt auf den Hinterlappen übergegriffen und diesen so durchsetzt hatte, daß seine ursprüngliche Struktur vollständig zerstört war. Erst an der Pars intermedia machte die Wucherung halt. Diese und der Vorderlappen blieben intakt.

Verf. schließt mit der Aufforderung, in jedem Falle von Polyurie oder Diabetes insipidus die Hypophyse sorgfältig, auch mikroskopisch zu untersuchen. *Borchardt* (Königsberg).[M]

Frazier, Charles H., An approach to the hypophysis through the anterior cranial fossa. (Angriff der Hypophysis durch die vordere Schädelgrube.) Ann. of surg. **57,** S. 145—150. 1913.

Pierre Marie hat 1886 zuerst auf Beziehungen zwischen der Akromegalie und der Hypophysis hingewiesen. Die im Anschluß an diese Beobachtung angestellten zahlreichen Experimente, welche die lebenswichtige Funktion der Drüse dartaten, und die Erkenntnis des geringen Einflusses innerer Mittel, Organtherapie eingeschlossen, auf die Drüsentätigkeit, führten zur Ausbildung chirurgischer Therapie. Die Methoden sind

intrakraniell oder extrakraniell. Caton und Paul, Horsley, Dahlgren, Paulesco, Cushing, Caselli gingen intracraniell durch die mittlere Schädelgruppe, Krause, Borchard, Kiliani, McArthur, Bogoiavlensky intrakraniell durch die vordere Schädelgrube vor. Schloffer, Kanavel, Halsted, Hirsch, Chiari wählten extrakranielle, transsphenoidale Wege, hauptsächlich unter Benutzung der Bahn der Nasenhöhle. Nach Frazier haben alle extrakraniellen Methoden 2 große Nachteile, nämlich Infektionsgefahr und Enge des Zugangs. F. zieht deshalb den intracraniellen Weg und zwar durch die vordere Schädelgrube vor. Seine von ihm angegebene Methode gestaltet sich folgendermaßen:

Bildung eines Haut-Periost-Knochenlappens aus dem r. Stirnbein. Der Lappen wird nach außen umgeschlagen. Temporäre Resektion des Supraorbitalrandes mit einem Teil des Orbitaldaches. Der Rest des Daches wird nach hinten bis zum Foramen opticum entfernt. Nun wird am überhängenden Kopf unter Abhebung des Stirnlappens nach unten, des Orbitalinhalts nach oben die Dura quer vom einen vorderen Sattelhöcker zum anderen incidiert und die Hypophysis zwischen den Opticusstämmen freigelegt.

Bei der Auswahl der Methode sollte sich der Chirurg von Form und Gestalt des Sattels leiten lassen, nachdem Oppenheim 1899 auf die Vergrößerung der Sattelgrube durch Hypophysistumoren und ihre Darstellung mittels Röntgenstrahlen hingewiesen habe. Ist die Öffnung des Sattels schmal, die Grube tief und nähert sich ihr Boden den Keilbeinzellen, so ist nach F. den transsphenoidalen Methoden der Vorzug zu geben, hat der Sattel, ob tief oder seicht, aber eine breite Öffnung, ist sein Inhalt dem Gehirn und nicht den Keilbbeinzellen nahe, so sind die intrakraniellen Wege indiziert. *Gebele* (München).

Auge:

Salzer, Fritz, Beiträge zur Keratoplastik. 3. Weiteres über experimentelle Einheilung konservierter Hornhautsubstanz in die Hornhaut des Kaninchens. Arch. f. Augenheilk. **73**, S. 109—128. 1913.

Salzer konnte formolgehärtete Pferdehornhautlappen zu reizloser Einheilung in Kaninchenhornhaut bringen und weist durch anatomische Untersuchung nach 2, 7 und 17 Monaten nach, daß die Fremdsubstanz ganz allmählich durch lebendes Gewebe substituiert wird. Er bestreitet, daß bisher je, auch bei auto- und homoplastisch überpflanztem Hornhautgewebe, der Nachweis für echte Transplantation, d. h. für selbständiges Weiterleben des überpflanzten Stückes erbracht sei, hält dies aber darum nicht für absolut ausgeschlossen. Klinisch verdient auch seiner Ansicht nach einstweilen die Autoplastik und, wo diese ausgeschlossen, die Homoplastik für den Hornhautersatz den Vorzug. *Halben* (Berlin).

Nase:

Pfahler, George E., The Roentgen ray as an aid in the diagnosis of disease of the sphenoidal sinus. (Die Röntgenstrahlen als Hilfsmittel der Diagnose bei Erkrankungen der Keilbeinhöhle.) (Meet. of the Americ. Roentgen ray soc., Niagara Falls, sept. 11—14, 1912.) Arch. of the Roentgen ray **17**, S. 345. 1913.

Die Diagnose der Erkrankungen des Sinus sphenoidalis mittels Röntgenstrahlen ist keinesfalls leicht, sie erheischt wiederholte gewissenhafte Untersuchung. Vom rhinologischen Standpunkte aus sind folgende Ergebnisse wichtig: 1. Differenzen in der Schattenintensität beider Hälften der Keilbeinhöhle. 2. Achtung auf Schatten, welche durch die rückwärtigen Ethmoidalzellen bedingt sind. 3. Größe der Keilbeinhöhle. 4. Distanz der vorderen Wand vom Naseneingange. 5. Form der Höhle, mit besonderer Berücksichtigung der rückwärtigen (oder cerebralen) und seitlichen Wand. Die ersten zwei Fragen haben diagnostisches, die letzteren drei praktisches Interesse. Zur exakten Diagnose sind vier, ev. noch mehr Aufnahmen notwendig. *Gergö* (Budapest).

Mund:

Rhein, M. L., Mouth infections their etiology and a consideration of what effect they may have on the vital organs and their tissues. (Mundinfektionen,

ihre Ätiologie, und Betrachtung ihrer Wirkung auf die lebenswichtigen Organe und deren Gewebe.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 503 bis 507. 1913.

Pusey, William Allen, Concerning epithelioma of the lip. (Über das Lippencarcinom.) Journal of cut. dis. **31,** S. 73—79. 1913.

Verf. belegt zunächst eine früher von ihm gemachte Diskussionsbemerkung, daß das Ulcus rodens vom Basalzellencharakter auch am Lippenrot vorkomme ($1^1/_2$—2% der Fälle), mit Literaturnachweisen. Alsdann verbreitet er sich über seine Erfolge bei der Röntgenbehandlung des typischen Plattenepithelcarcinoms der Unterlippe. Von 38 im Durchschnitt 6 Jahre beobachteten Fällen blieben 36 geheilt. Von einer mangelnden Beeinflußbarkeit oder sogar Verschlimmerung des Plattenepithelcarcinoms durch Röntgenbestrahlung könne mithin keine Rede sein. Fälle mit Drüsenmetastasen bleiben dem Chirurgen. Auf die angewandte Technik kommt Verf. nicht zu sprechen.

Hartert (Tübingen).

Montgomery, Douglass W., Seborrhoea of the lower lip and its relationship to epithelioma. (Seborrhöe der Unterlippe und ihre Beziehung zum Epitheliom.) Journal of cut. dis. **31,** S. 82—85. 1913.

Kasuistische Mitteilung zweier Fälle, bei denen sich auf dem Boden einer Seborrhöe der Unterlippe bzw. der Nase Carcinom entwickelte. *Hartert* (Tübingen).

Lerda, Guido, Beitrag zur totalen Meloplastik. (*Osp. magg. di S. Giovanni, Turin.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 126—136. 1913.

Zur Deckung großer Wangendefekte von der gesunden Wangenseite her, empfiehlt Lerda folgende Methode, die er bei einem 62jährigen Manne in Anwendung brachte, dem die ganze linke Wange vom Jochbein bis zum unteren Rande des Unterkiefers und vom Lippenende bis zu den vorderen Bündeln des Kaumuskels entfernt war: Nachdem der Stumpf des Stenonschen Ganges, der in der Mitte des hinteren Randes der Wundfläche zu Gesicht kam, an den Rand der Schleimhaut des Sinus genio-mandibularis angenäht war, wurde die Schleimhaut am Sinus labio-alveolaris durch zwei horizontal angelegte Schnitte durchtrennt, die Lippen an der Basis in ganzer Dicke durchschnitten; diese Schnittlinien wurden durch die rechte Wange verlängert bis zum vorderen Rand des Masseter. Der so mobilisierte Lappen ließ sich leicht in den Defekt hineinziehen und es wurde nun die Lippenschleimhaut an die alveolare Schleimhaut und die Lippenhaut an die Hautränder der Wangenbresche angenäht. Die Mundöffnung war nun so stark verzogen, daß der rechte Mundwinkel in die Mitte fiel. Nach völliger Abheilung der Wunde wurde dann in einem zweiten Operationsabschnitt die Mundöffnung durch einen Schnitt durch die rechte Wange wieder an die normale Stelle gebracht und die Wundfläche mit Schleimhaut übernäht. In einem dritten Operationsabschnitt wurde die ehemalige Mundöffnung nach Anfrischung des Lippenrandes durch paramuköse und cutane Naht verschlossen. Der Erfolg war, wie aus den beigegebenen Abbildungen zu ersehen ist, ein sehr guter.

Hohmeier (Marburg).

Brau-Tapie, J., Kyste dentaire chez un enfant de onze ans. Extirpation. Guérison. (Zahncyste bei einem elfjährigen Kinde.) Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Bordeaux **34,** S. 101—103. 1913.

Howarth, W. G., Aberrant thyroid tumour from the base of the tongue. (Aberrierender Thyreoidtumor an der Zungenbasis.) Proceed. of the roy. soc. of med. **6,** Laryngol. sect. S. 37. 1913.

Patient klagte über Schluckbeschwerden und gelegentliche Attacken von Atemnot. Der Tumor saß an der Zungenbasis das genau in der Mittellinie und drückte gegen die Epiglottis. Bei der präliminaren Tracheotomie zeigte sich, daß der Isthmus der Schilddrüse vollständig fehlte. Es handelte sich um eine cystische Zungenstruma. *Baruch* (Breslau).

Thyne, T. J., and J. S. Fraser, Cancer of the naso-pharynx. (Krebs des Nasenrachenraumes.) Edinburgh med. journal **10,** S. 54—55. 1913.

Mitteilung eines Falles von Carcinom an der Hinterfläche des weichen Gaumens, verifiziert durch mikroskopische Untersuchung der miterkrankten Halslymphdrüsen.

Joseph (Berlin).

Emerson, Francis Patten, Chronic focal suppuration of the head with general symptoms, especially in adults. (Chronische primäre Eiterherde der obern

Luftwege mit allgemeinen Krankheitserscheinungen, besonders bei Erwachsenen.) Boston med. a. surg. journal. **168**, S. 85—90. 1913.

Der Waldeyersche lymphatische Nasenrachenring und die beschädigte Schleimhaut der oberen Luftwege sind, wie bekannt ist, häufig die Eingangspforte von chronischen und akuten Infektionskrankheiten der Gelenke, des Herzbeutels, des Endokards, des Blutes, der Haut usw. Während die früher mitgeteilten Beobachtungen an jugendlichen Personen gemacht worden sind, beziehen sich die Erfahrungen Emersons, wie er betont, im Gegensatz dazu, auf Erwachsene. Die Eingangspforte der Infektion war dreimal die Tonsille, einmal die Kieferhöhle, einmal die Mastoidzellen, einmal ein Schleimpolyp der Nase und einmal bestand dieselbe in einem hypertrophischen Lymphfollikel des Rachens mit deutlicher Eiterverhaltung. Durch Tonsillektomie, Muschel- und Polypabtragung sind die acht Patienten Emersons von schweren Leiden geheilt worden. *Iselin* (Basel).

Wirbelsäule:

Auclair, Weissenbach et Aubourg, Valeur de l'examen radiologique dans la spondylite typhique: à propos de deux cas nouveaux. (Wert der radiologischen Untersuchung bei der typhösen Spondylitis an der Hand von zwei neuen Fällen.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris **5**, S. 26—28. 1913.

Bericht über 2 Fälle von Entzündung der Lendenwirbelsäule im Verlaufe eines Typhus abdominalis. Den Fällen kommt ein besonderes Interesse zu, da sie wiederholt radiologisch untersucht werden konnten. Die Untersuchung ergab hierbei im akuten Stadium keine manifesten Erscheinungen, während sich am Ende der Rekonvaleszenz deutliche Periostitis fand, die in Form einer Manschette die erkrankten Wirbelkörper umgab und Kalksalze enthielt, so daß der gleichzeitigen erweichenden Ostitis der Wirbel durch Ossification des neugebildeten Gewebes entgegengearbeitet wurde.

Strauss (Nürnberg).

Descamps, Fracture de la colonne vertébrale. (Bruch der Wirbelsäule.) Clinique (Bruxelles) **27**, S. 100—102. 1913.

Rückenmark, peripherisches, sympathisches Nervensystem:

Laurenti, Temistocle, La puntura lombare e le sue applicazioni medico-chirurgiche. (Ausführliches Referat über die Lumbalpunktion.) Gaz. med. di Roma **39**, S. 2—11 u. 30—39 u. 58—70. 1913.

Nach einem geschichtlichen Überblick werden die chemischen, bactericiden und toxischen Eigenschaften der Cerebrospinalflüssigkeit besprochen, dann folgt die Technik der einfachen Punktion, der Bierschen Lumbal- und der Jonnescoschen in verschiedenen Höhen der Wirbelsäule auszuführenden Vertebral-Anästhesie. Mit Bezug auf den diagnostischen (cytodiagnostischen) Wert der Lumbalpunktion werden nicht weniger als 20 Krankheiten angegeben, abgesehen von den chirurgischen (Gehirnabsceß, Gehirntumor, Basisbruch), bei welchen sie angewendet werden kann. Verf. schließt die Arbeit mit den Worten, daß die Lumbalpunktion eins der besten Hilfsmittel sowohl in therapeutischer, wie in diagnostischer Hinsicht repräsentiert, welches geradezu ideal würde, wenn sich eine Substanz finden ließe, die, eingespritzt, anästhetisch wirken würde, ohne jemals auch nur irgendwelche schädlichen Folgen zu haben. *Herhold* (Hannover).

Bisgaard, Axel, Die Eiweißuntersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit durch 234 Fälle beleuchtet. (*Irrenanst. St. Hans-Hosp. Kopenhagen.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Orig., **14**, S. 329—339. 1913.

Die Eiweißuntersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit mit der Guillain - Parentsschen Methode, einer „Albuminprobe", und der Nonne - Apeltschen Methode, einer „Globulinprobe", ist nur qualitativ, in ihrer quantitativen Schätzung jedoch gar nicht zuverlässig; zudem sind die Globuline des Liquor keineswegs immer patho-

logische Produkte. Systematische Untersuchungen an 195 Fällen der verschiedensten organischen und funktionellen Erkrankungen des Zentralnervensystems ergaben, daß ganz verschiedene Krankheiten im Liquor bald nur Globulin-, bald nur Albuminvermehrung zeigen, daß am öftesten beide vermehrt sind, wobei sie dann, die Paralyse ausgenommen, regelmäßig stärkere Albuminfraktion aufweisen. Postmortale Untersuchungen an 39 Fällen eine Stunde nach dem Tode erwiesen deren Unzuverlässigkeit, da die Agone eine beträchtliche N-Vermehrung mit sich führt. Der Eiweißgehalt ist immer bei organischen Krankheiten vermehrt, doch kann eine solche auch ohne Eiweißsteigerung vorhanden sein. Unter den chronischen Leiden ist die Eiweißvermehrung hauptsächlich ein Indicator für Paralyse, Tumor oder Lues cerebri; negativ sind dagegen Dementia praecox, alcoholica, arteriosclerotica und senilis und die Epilepsie. *Henschen* (Zürich).

Higier, Henryk, Operacja Foerstera przecięcia korzeni czuciowych rdzenia, operacja Spitzy'ego wszczepienia nerwów obwodowych i operacja Stoffela wyłączenia częściowego nerwów ruchowych w przypadku porażenia skurczowego, powstałego po ostrem zapaleniu mózgu w wieku młodzieńczym. (Förstersche Operation — Durchtrennung der hinteren sensiblen Wurzeln; Spitzysche Operation — Implantation der peripheren Nerven und Stoffelsche Operation — Partielle Ausschaltung der motorischen Nerven in einem Falle von spastischer Lähmung nach akuter Encephalitis im jugendlichen Alter.) Gaz. lekarska **48**, S. 127—134 u. S. 155—160. 1913. (Polnisch.)

In dem Falle wurden alle obengenannten Operationen in Zwischenräumen ohne erhebliches Resultat durchgeführt. *Ehrlich* (Warschau).

Oesterlen, O., Schußverletzung des Rückenmarks. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. **42**, S. 141—144. 1913.

Verletzung durch 9 mm Teschingkugel aus ca 1 m Entfernung. Schlaffe Lähmung beider Beine, Sensibilität aufgehoben, aber starke Schmerzen in den Beinen. Kugel, wie Röntgenaufnahmen ergeben, zwischen 1. und 2. Lendenwirbel durchgegangen. Operation. Extraduraler Bluterguß; Dura unverletzt, wird nicht eröffnet; Projektil entfernt. Im Anschluß an die Operation Asphyxie und Tod. Obduktion ergibt stumpfe Durchtrennung des Marks bis auf schmale hintere Brücke bei unverletzter Dura. Intra- und extraduraler Bluterguß. Verf. spricht sich für frühzeitigen Eingriff bei derartigen Verletzungen aus. *Wiemann* (Flensburg).

Hals.

Allgemeines:

Sokoloff, W., Ein Fall von angiogener Halscyste. (*Chirurgische Abteilung des städtischen Marien-Magdalenen-Krankenhauses in St. Petersburg, Dir. R. Butz.*) Weljaminows Archiv f. Chirurgie **28**, S. 944—947. 1913. (Russisch.)

Mitteilung eines Falles von seltener Halscyste, unterhalb des Unterkieferwinkels gelegen, 5×5 cm groß. Der Tumor hatte sich im 7. Lebensjahr des Kranken gebildet, darauf 30 Jahre hindurch keinerlei Beschwerden verursacht. Vor 2 Monaten hatte sich daselbst ein Eiterherd gebildet, welcher eröffnet worden war. Aufgenommen im Krankenhaus mit eiternder Wunde. Operationsbefund: allseitig abgeschlossener Hohlraum, welcher mit steinähnlichen Konkrementen angefüllt war. Die Cyste war mit einer dünnen, aber festen, bindegewebigen Kapsel ausgekleidet. Zwecks radikaler Heilung Exstirpation der letzteren, welche der V. jugularis comm., jugul. int. und facialis eng anlag. Mit der letzteren derartig feste Verwachsung, daß die Vene unterbunden und mit der Kapsel zusammen exstirpiert werden mußte. Heilung. Die Cyste hatte sich anscheinend aus einem Cavernom der V. facialis ant. gebildet. Die Steine enthielten: CaO 44,16 %, P_2O_5 33,12 %. *Hesse* (St. Petersburg).

Kehlkopf und Luftröhre:

Gray, A. L., The Roentgen therapy of non-malignant laryngeal vegetations. (Die Röntgentherapie gutartiger Vegetationen im Larynx.) (Meet. of the Americ. Roentgen ray soc., Niagara Falls, sept. 11—14, 1912.) Arch. of the Roentgen ray **17**, S. 346 u. 353. 1913.

Vier Fälle wurden behandelt; zweimal waren einzelne, zweimal multiple Geschwül-

ste (?) teils auf den Stimmbändern, teils am Kehldeckel und in der Luftröhre vorhanden. Sämtliche Fälle heilten. Gray empfiehlt die Einführung von Aluminiumröhren in den Kehlkopf und langdauernde Bestrahlung.

Gergö (Budapest).

Turner, A. Logan, and J. S. Fraser, Direct laryngoscopy, tracheo-bronchoscopy, and oesophagoscopy. An account of the direct method of examining the larynx, trachea, bronchi, and oesophagus. (Direkte Laryngoskopie, Tracheo-bronchoskopie und Oesophagoskopie. Abhandlung über die direkten Untersuchungsmethoden des Kehlkopfes, der Trachea, der Bronchien und des Oesophagus.) Edinburgh med. journal **10,** S. 6—20 u. 126—137. 1913.

Beschreibung der direkten Untersuchungsmethoden des Kehlkopfes, des Tracheo-Bronchialbaumes und des Oesophagus, ihrer Indikationen und Kontraindikationen nebst Mitteilung einiger klinischer Fälle. In direkter Laryngoskopie wurden 7 Patienten untersucht: 3 kleine Kinder aus diagnostischen Gründen, die übrigen 4 Fälle behufs operativer Maßnahmen: Curettement der hinteren Larynxwand, Entfernung von Papillomen. In 3 Fällen wurde die direkte obere Tracheo-Bronchoskopie ausgeführt: einmal zur Diagnose einer intratrachealen Neubildung, in einem zweiten Fall zum Nachweis der Stenose des Bronchus durch mediastinale Drüsen, im dritten Fall handelte es sich um einen 7 jährigen Knaben, der eine kleine Metallpfeife aspiriert hatte. Wegen subglottischer Schwellung mußte am 3. Tage nach der Bronchoskopie tracheotomiert werden. Verf. empfiehlt bei Kindern unter 6 Jahren die Bronchoskopia inferior. Außerdem werden 7 oesophagoskopische Beobachtungen mitgeteilt: 3 Fälle von Carcinom, bei denen durch Probeexzision die Diagnose gesichert werden konnte, und 4 Fälle von Fremdkörper: 2 Münzen konnten leicht extrahiert werden, eine Zahnplatte wurde mobilisiert und ging per rectum ab, in einem Falle war wegen eines verschluckten Geldstückes der Münzenfänger angewendet worden, wodurch eine Verletzung (Absceßbildung) im Oesophagus entstand. Die Münze konnte wegen der starken Schleimhautschwellung und der Blutung auch mittelst Oesophagoskopie nicht extrahiert werden. Exitus an Mediastinitis. *Kahler.*

Davis, H. J., A spicule of rabbit bone, $^3/_4$ in. in length, removed by upper bronchoscopy from the trachea of a boy, aged 5. (Extraktion eines $^3/_4$ Zoll langen Kaninchenknochensplitters aus der Trachea eines 5 Jahre alten Knaben vermittels oberer Bronchoskopie.) Proceed. of the roy. soc. of med. **6,** Laryngol. sect. S. 46. 1913.

Der 5jährige Knabe bekam beim Genusse von Kaninchenbraten einen $^1/_4$ Stunde anhaltenden Würganfall. Seitdem Schlucken unmöglich. Röntgenaufnahme ohne Befund. Im Bronchoskop ließ sich der $^3/_4$ Zoll lange, 2 Zoll unterhalb der Stimmbänder sitzende, Knochen einstellen und extrahieren. Sehr bewährte sich die Narkose nach Phillips: Ätherinjektion in die Glutäen, wodurch die störende Ätherexspiration durch das Bronchoskop vermieden wird. Fehlen von Husten und Atembeschwerden schließt keineswegs einen Fremdkörper der Luftwege aus. Nur die Anfangssymptome pflegen bedrohlich zu sein, später kann event. eine halbseitige Bronchitis die Diagnose stützen. *Baruch* (Breslau).

Schilddrüse:

Wilke, Über Riesenzellenbildung in Thyreoidea und Prostata (zugleich ein Beitrag zur Histologie der Fremdkörpertuberkulose). (*Pathol. Inst., Univ. Kiel.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. **211,** S. 165—173. 1913.

Bei einem völlig tuberkulosefreien Individuum finden sich in edr Thyreoidea zwar Nester von Riesenzellen (Typus Langhans), aber ohne daß durch sie in Verbindung mit anderen Zellen der histologische Aufbau eines Miliartuberkels zustande gebracht wird; ferner sind keine Nekrosen vorhanden, Tuberkelbacillennachweis negativ. Dieser Fall ebenso wie ein zweiter ähnlicher Befund in der Prostata wird als „Fremdkörpertuberkulose“ aufgefaßt, wobei die Kolloidschollen die Fremdkörperwirkung auslösen sollen. Beide Fälle werden vom Verf. als Widerlegungsargument einer Veröffentlichung Creites „Über tuberkulöse Strumen“ benutzt, indem die von Creite als primäre Tuberkulose beschriebenen Fälle vom Verf. die gleiche Deutung als „Fremdkörpertuberkulose“ erhalten, auf deren häufigeres Vorkommen ausdrücklich hingewiesen wird. *Glass* (Charlottenburg).

Crotti, Andre, and Charles F. Bowen, The X-ray examination of goitre. (Die Röntgenuntersuchung des Kropfes.) (Meet. of the Americ. Roentgen ray soc., Niagara Falls, sept. 11—14, 1912.) Arch. of the Roentgen ray **17**, S. **344**. 1913.

Verff. betonen den absoluten Wert der Röntgenuntersuchung bei intrathorakalem Kropfe. Besonders neben Exophthalmus findet sich oft eine Vergrößerung der Thymus und diese kann nur mittels der Röntgenstrahlen festgestellt werden. Im letzteren Falle empfehlen die Verff. vor der Operation des Kropfes die Röntgentherapie der vergrößerten Thymus. Geschieht dies nicht, dann schwillt während der Operation die Thymus plötzlich an, der Patient bekommt Erstickungsanfälle und in wenigen Minuten tritt der Tod ein. In einem letal endenden Falle zeigte das Röntgenbild kurz vor dem Tode die Thymus im Kongestionszustande. *Gergö* (Budapest).

Klose, Heinrich, Die Basedowsche Krankheit. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. **10**, S. 167—274. 1913.

Im wesentlichen eine Wiederholung der Arbeit Kloses in Bruns Beiträgen LXXVII, 3, in Form einer kurzen Übersicht über die Basedowsche Krankheit. Eingehendere Besprechung und Kritik der thyreogenen Theorien. Übersicht über die Experimentalpathologie, unter besonderer Berücksichtigung der Methode des Verfassers. Die Wahl der Versuchstiere wird eingehend besprochen. Durch Inzucht degenerierte Foxterrier erscheinen dem Verf. für Basedow disponiert. Erzeugung des Basedow bei diesen Hunden durch intravenöse Injektion von Preßsaft aus menschlichen Basedowstrumen. Die dadurch erzeugten Symptome sind folgende: Fieber, Pulsbeschleunigung, Eiweiß und Zucker im Urin sind konstante Symptome, nervöse Aufregung, Krämpfe, Haarschwund, Exophthalmus, Durchfall, Abmagerung, Verlangsamung der Blutgerinnung sind inkonstante Symptome. Versuch der Erklärung dieser Symptome, die nicht alle Basedowsymptome sind. Verf. zieht zur Erklärung einiger derselben die Wirkung normaler Schilddrüsenpräparate herbei, obschon er vorher die Wirkung der Basedowstrumapreßsäfte in strengen Gegensatz zu derjenigen der normalen Schilddrüse und des Kropfes setzt. Die Theorie des Verf., welche den Basedow als Dysthyreoidismus, d. h. als eine Vergiftung durch Resorption eines falsch maskierten Jodins aus der Schilddrüse, erklärt, wird wie in seiner oben genannten Arbeit wiedergegeben. Besprechung der pathologischen Anatomie, unter Beifügung von 4 eigenen Fällen von Tuberkulose der Schilddrüse bei Basedow, mit 3 Abbildungen, aber ohne genaue Beschreibung. Eingehende Besprechung der Hämatologie bei Basedow mit eigenen Viscositätsbestimmungen. Verf. fand die Viscosität bei Basedow normal. Wiedergabe der operativen Resultate bei Basedow aus der Frankfurter Klinik. Verf. steht ganz auf dem Standpunkte Kochers, dem die Frankfurter Klinik in allem Wesentlichen gefolgt ist. Er empfiehlt, wie Kocher, warm die Frühoperation. Endlich bespricht Verf. die Indikation zur Thymusexstirpation bei Basedow. Dieselbe findet er dann nötig, wenn eine qualitativ veränderte Thymusdrüse diagnostiziert werden kann. Diese Diagnose macht Verf. dann, wenn Vagotonie nachgewiesen werden kann, eine sehr hohe Lymphocytose im Blute, schwere Herzerscheinungen, geringe Struma. Röntgenbild und Perkussion sieht er als unwesentliche Hilfsmittel der Diagnose an. Verf. erwähnt 8 eigene Fälle von Thymusexstirpation total oder subtotal. Leider fehlt jegliche genauere Beschreibung dieser Fälle.

Kocher (Bern).

Kingsbury, W. N., The treatment of exophthalmic goitre. (Die Therapie des Morbus Basedowii.) Proceed. of the roy. soc. of med. **6**, Electro-therap. sect. S. 41—48. 1913.

Die Basedowsche Krankheit beruht auf einer Hypersekretion der Schilddrüse. Das lehren unter anderem die Versuche Edmunds, der durch exzessive Medikation von Schilddrüsensubstanz bei Affen und Hunden Exophthalmus erzeugte. Daher hat auch die operative Verkleinerung der Basedowstruma eklatante Erfolge zu verzeichnen. Bedenklich ist nur die hohe Mortalität der Operation. Kingsbury will die Verkleinerung der Schilddrüse auf ungefährliche Weise herbeiführen durch Röntgenbestrahlung. Diese führt zu regressiven Veränderungen der

epithelialen Bestandteile der Drüse wie zu progressiven Veränderungen der bindegewebigen. Unter 15 von K. bestrahlten Fällen sind 4 geheilt, 2 wesentlich gebessert, 8 noch in Behandlung und ein Fall ungebessert. Bestrahlt wurde 1—2 mal wöchentlich, abwechselnd die rechte und linke Hälfte der Struma. Harte Röhre mit mindestens 5 Zoll equivalenter Funkenstrecke und 0,3—0,7 Milliamp. Strom. Abstand der Röhre 7—8 Zoll. Patient soll während der Behandlung Bettruhe einhalten. *Baruch* (Breslau).

Thymus:

Parker, Charles A., Surgery of the thymus gland. Thymectomy. Report of fifty operated cases. (Chirurgie der Thymusdrüse. Thymektomie. Bericht über 50 operierte Fälle.) Americ. journal of dis. of childr. **5**, S. 89—122. 1913.

Die Thymuschirurgie besteht bis jetzt im wesentlichen in der direkten operativen Befreiung der durch die hypertrophische Drüse beengten Trachea.

Selbstbeobachteter Fall: 13 Monate alter Knabe; seit 1 Monat Anfälle von Konvulsionen mit Cyanose und Stridor. Verbreiterte Thymusdämpfung, entsprechend dem Schatten im Röntgenbild. Ekzem. Operation nach Veau (subtotale subkapsuläre Thymektomie), durch gute Abbildungen illustriert. Postoperativer Fieberanstieg. Noch 2 leichte Anfälle in der ersten Woche, dann Heilung. Stridor verschwunden, ebenso Ekzem. Der Schatten im Röntgenbild ist um mindestens 2 cm schmaler als vor der Operation. Nachuntersuchung nach 1 Jahr: Wohlbefinden.

Im Anschluß daran wird an Hand besonders der deutschen und französischen Literatur, die bis auf Kloses Band der Neuen deutschen Chirurgie berücksichtigt ist, kurz die Anatomie und Physiologie der Thymusdrüse, sowie die Klinik, besonders Diagnose und operative Therapie der Thymushypertrophie besprochen. Eine ausführliche, übersichtliche Tabelle stellt 50 aus der Literatur gesammelte Fälle operierter Thymushypertrophie zusammen nebst den Resultaten, chronologisch angeordnet von der ersten Operation Rehns bis April 1912. Nur 1 Operation am Erwachsenen konnte gefunden werden: Garrès Fall von Morbus Basedowii (Capelle und Bayer); alles andere waren Kinder, von 23 Tagen bis zu 5 Jahren; die Hälfte der Kinder war unter 12 Monate alt. Nach Olivier werden 2 Gruppen von klinischen Symptomen unterschieden: die kontinuierliche Form mit permanenter Dyspnoe (32 Fälle, in 75% operative Heilung, 9 Todesfälle, 1 Rezidiv mit Heilung nach einer 2. Operation), und die intermittierende Form: freies Intervall zwischen den Erstickungsanfällen (8 Fälle, davon 1 ohne operativen Erfolg, 4 Todesfälle). Die erste Form betraf meist sehr junge Kinder (4—6 Monate), die seit der Geburt oder kurz danach erschwerte Atmung zeigten, die Kinder der 2. Form sind älter, zeigen in den ersten Monaten keine Störungen, bis plötzlich, ohne Vorboten, der erste Erstickungsanfall einsetzt, der sofort oder bei jeder Wiederholung tötlich enden kann. Die 3 wichtigsten Symptome beider Gruppen sind permanente Dyspnoe, wiederholte Erstickungsanfälle und Stridor. Zusammen bilden sie eine dringende Indikation für sofortige Operation, ebenso aber jedes der ersten beiden Symptome für sich allein, während der Stridor allein nicht zum Eingriff berechtigt. Die operative Behandlung ist ebenso notwendig und wirksam wie die Tracheotomie bei höheren Stenosen. Praktisch wird heute nur noch die Thymektomie ausgeführt als „subtotale, subkapsuläre Thymektomie“. Die Exothymopexie wurde nur im Anfang 3 mal ausgeführt, mit gutem Erfolg. Die Resektion des Manubrium sterni ist ebenfalls nur 3 mal gemacht, stets in Verbindung mit einer der anderen Methoden (davon 2 Todesfälle!). Narkose wurde stets gut vertragen. Die Operation ist leicht: nach Spaltung der Kapsel am oberen Pol quillt die Drüse hernienartig vor (wie das Netz); man hat sie innerhalb der Kapsel unter Zurücklassung des die Gefäße führenden Poles abzutragen; dadurch werden Blutungen und Pleuraverletzung sicher vermieden. Von den 17 Todesfällen (= $33^1/_3$%) sind mehrere ganz unabhängig von der Operation, die anderen hängen nur indirekt mit dieser zusammen (Infektion durch Mitentfernung septischer Lymphdrüsen oder von einer Tracheotomiewunde aus); nie war die Operation unmittelbare Todesursache, sodaß die Thymektomie ohne Tracheotomie und Berührung septischer Gebiete als ungefährlich bezeichnet werden kann. *Tölken* (Zwickau).

Brust.

Brustwand:

Wilms, Die Pfeilerresektion der Rippen zur Verengerung des Thorax bei Lungentuberkulose. Therap. d. Gegenwart **54,** S. 17—24. 1913.

Verf. beschreibt die Technik seiner in 24 Fällen von schwerer cavernöser Lungentuberkulose einer Seite, fast ausschließlich in Lokalanästhesie ausgeführten Methode der Thoracoplastik, die er im Gegensatz zu der Bogenresektion Friedrichs „Pfeilerresektion“ nennt, und die darin besteht, daß von einem Paravertebralschnitte aus 3—5 cm der I.—VIII. bzw. IX. sowie von einem Parasternalschnitte aus von der I.—V.; in vereinzelten Fällen auch von der VI. und VII. Rippe Stücke von 2—3—5 cm reseziert werden. Trotz des nach dieser Operation eintretenden sehr starken Collapses der Lunge, welcher demonstriert wird durch zwei Röntgenbilder, ist nach des Verf. Ansicht der Effekt der Operation jedoch nicht zu vergleichen mit dem durch den Pneumothorax gesetzten. Bezüglich der Frage der Indikationsstellung zur Operation schließt sich Verf. dem von den übrigen Autoren auf diesem Gebiete ausgesprochenem Standpunkte an. Daß durch ein auf diese Indikationsstellung hin begründetes und nach oben beschriebener Technik ausgeführtes Vorgehen der tuberkulöse Prozeß der Lunge günstig beeinflußt wird, schließt er aus dem Schwinden des Hustens, dem Zurückgehen des Sputums, sowie dem Nachlassen der Temperatursteigerungen. Die für die Pfeilerresektion günstigen Fälle seiner Serie umfassen diejenigen, bei denen sich Hohlräume in einem schrumpfenden Oberlappen vorfinden bei gesunder übriger Lunge, ferner die Fälle, bei denen es zu rezidivierenden Blutungen kommt (vier). Den größten Anteil seiner Fälle bilden diejenigen, bei denen neben einem Oberlappen auch der zugehörige Unterlappen erkrankt ist (17). Entgegen der Ansicht anderer Autoren, die in dem Collapse des Oberlappens für den lufthaltigen nichterkrankten Unterlappen eine Gefährdung durch die Möglichkeit der Aspiration erblicken, kommt Wilms auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schluß, daß diese Gefahr nicht groß ist, ja er glaubt, daß nicht einmal für einen erkrankten Unterlappen Gefahr besteht, wenn nur der Oberlappen der gleichen Seite zum Collaps gebracht werde, daß vielmehr die Expectoration noch erschwert werden könne, wenn der Unterlappen kollabiert sei. Neben den beiden oben beschriebenen Formen der Tuberkulose glaubt er jedoch auch die Fälle einseitiger schwerer Tuberkulose, bei denen sich Cavernen in bindegewebsarmen Lungengewebe sehr schnell bilden nicht ohne weiteres von der Operation ausschließen zu dürfen. Als für diese Fälle besonders passendes Verfahren weist er auf eine Methode hin, die darin besteht, daß die Pleura costalis von den Rippen abgelöst wird, und so der Caverne die Möglichkeit gegeben wird zu kollabieren. Eine leichte Erkrankung der anderen Lungenseite ist keine Kontraindikation für die Operation, dagegen sind auszuschließen frische disseminierte Tuberkulosen mit käsigem Zerfall.

Die an seinen 24 Fällen gewonnenen Resultate teilt der Verfasser in 5 Gruppen ein:

	Fälle	Resultat.
I. Gruppe	Vier Fälle stark schrumpfender Tuberkulose des Oberlappens mit mäßiger cavernöser Zerstörung bei Freisein des Unterlappens.	Drei so wesentlich gebessert, daß die Besserung einer Heilung gleich kommt, einer wesentlich gebessert.
II. Gruppe	Zehn Fälle von Ober- und Unterlappentuberkulose, zum Teil mit kranker Spitze der anderen Seite.	Sechs ausgesprochen günstige Wirkung, die bis heute angehalten hat, ohne zur völligen Heilung zu führen. Vier nach vorübergehender Besserung Verschlechterung.
III. Gruppe	Drei Fälle von großen, progredienten Cavernen, deren Prognose vor der Operation als „valde dubia“ bezeichnet werden mußte.	Zwei so erholt, daß der Auswurf wesentlich vermindert ist, kein Fieber besteht; beim dritten wesentliche Besserung nicht erkennbar.

Vier Fälle, die von einander verschieden sind:

	Fälle	Resultat
IV. Gruppe	a) Ein Patient mit Ober- und Unterlappentuberkulose links und Spitzenaffektion rechts, sowie asthmatischen Hustenanfällen.	Kein nennenswerter Erfolg.
	b) eine Patientin mit altem cavernösem Prozeß in der rechten Lunge und frischem schrumpfenden in der linken, die auch im Unterlappen erkrankt war. Operation über der frisch erkrankten Seite.	Auswurfsverminderung, Berufsfähigkeit bei subjektivem Wohlbefinden.
	c) Ein von Friedrich operierter Fall, bei dem die 1. und 2. Rippe über einer Spitzencaverne stehen geblieben und so die Caverne erhalten war.	Collaps der Caverne in kurzer Zeit. Auswurf jedoch nicht vollkommen geschwunden.
	d) Pat. mit faustgroßer Unterlappencaverne bei relativ gutem Oberlappen. Zehn Rippen entfernt.	Günstiger Erfolg.
	Drei Fälle skizziert Verfasser genauer:	
V. Gruppe	a) Ein Patient in schlechtem Allgemeinzustand. 150—180 Sputum. Ausgedehnte Affektion der ganzen linken Seite. Operation in zwei Sitzungen.	Nach Jahresfrist Zustand ungünstig bei Fortschreiten des Prozesses. Verfasser hat den Eindruck als ob in diesem Falle der Eingriff geschadet hätte.
	b) Sehr korpulente Patientin. Affektion des Ober- und Unterlappens. Operation in zwei Sitzungen.	Anfangs Besserung. Da sich Zustand verschlimmert infolge Nichtcollabierens der Caverne, dritte Operation 6 Monate nach der ersten. Am 7. Tage post operationem Exitus letalis.
	c) Käsige Pneumonie der ganzen rechten Seite, lange Zeit Fieber, reichlich Sputum.	Für kurze Zeit Besserung.

Zusammenfassung: Bei richtiger Auswahl der Fälle beachtenswerter Erfolg. Eingriff ungefährlich. Bei Fällen von Ober- und Unterlappenerkrankung eher Mißerfolge respektive ungenügende Besserung im Vergleich zu Fällen von schrumpfender cavernöser Tuberkulose im Oberlappen bei geringer Beteiligung vom Unterlappen der gleichen Seite oder von der anderen Seite. Als Frühoperation soll die Methode nicht gefordert werden. *Jehn* (Zürich).

Speiseröhre:

Marsili, Ettore, La sutura delle ferite longitudinali dell'esofago. Ricerche sperimentali. (Die Naht longitudinaler Speiseröhrenwunden.) (*Instit. di patol. e clin. chirurg., univ. di Camerino.*) Clin. chirurg. **21,** S. 175—182. 1913.

Verf. hat vermittelst 20 teils an Hunden, teils an Kaninchen ausgeführten Experimenten die Heilung longitudinaler Wunden der Speiseröhre studiert. Er brachte den Tieren eine 1—3 cm lange Schnittwunde der Speiseröhre bei, vernähte sie und die darüber liegenden Weichteile, und untersuchte den nach mehreren Tagen herausgeschnittenen mehr oder weniger verheilten Teil des Oesophagus. Bei den Hunden heilten alle Wunden glatt per primam, bei den Kaninchen kam es mehrfach zur Fistelbildung. Marsili glaubt, daß die kleine Speiseröhre der Kaninchen sich zu derartigen Experimenten nicht eigne. Histologisch wurde festgestellt, daß sich die durchschnittenen Gewebe mit Ausnahme der Submucosa wieder neubildeten. Nach 12 Tagen hatte die Speisenröhrennarbe innen eine vollkommene Epithelbekleidung und in die bindegewebige Narbe wuchsen neugebildete Muskelfasern hinein. Der Arbeit sind einige mikroskopische Abbildungen beigegeben. Als Nahtmaterial soll nach dem Verf. zum Nähen der Speiseröhre nur Seide verwendet werden. *Herhold* (Hannover).

Brustfell:

Pisani, A., I versamenti pleurici che si osservano nel pneumotorace artificiale. (Pleuritische Ergüsse nach artifiziellem Pneumothorax.) **Morgagni,** P. II. **55,** S. 129—135. 1913.

Von 54 mit künstlichem Pneumothorax behandelten Patienten bekamen 6 einen beträchtlichen Pleuraerguß, weitere 6 einen geringen, der sich spontan resorbierte. Für das Zustandekommen des Ergusses glaubt Verf. eine zu große Quantität des eingeführten Gases, oder eine geringe, mit der Nadel eingeführte Flüssigkeitsmenge, oder endlich brüsken Temperaturwechsel verantwortlich zu machen. Die Pleura befindet sich nach ihm im Zustand latenter Entzündung, weil der tuberkulöse Prozeß der Lunge oft bis unter die Pleura visceralis reicht. Ein kleiner Insult kann genügen, die Resistenz der Serosa zu verringern, wodurch es zu akuter Entzündung mit Erguß kommt. Pisani gibt als Optimum der einzuführenden Gasmenge 200—300, höchstens 400 ccm an. Die Behandlung der Ergüsse hängt ganz von ihrem Verlauf ab; meist ist sie eine konservative, selten ist ein chirurgischer Eingriff (Thoracocentese) nötig. *Naegeli* (Zürich).

Nardi, Antonio, Dei versamenti pleurici da pneumotorace. (Über pleuritische Ergüsse nach Pneumothorax). (*Sanat. di Pineta di Sortenna.*) **Gaz.** degli osp. e delle clin. **34,** S. 185—187. 1913.

Verf. beschreibt 10 Fälle, in denen im Anschluß an den künstlichen Pneumothorax ein pleuritischer Erguß auftrat. Es handelt sich dabei stets um seröse leicht opalescierende Exsudate vom spezifischem Gewicht 1020—1030. Nur 2 mal fanden sich purulente Ergüsse. Von cellulären Elementen wurden dabei meist mononucleare Leukocyten und alterierte rote Blutkörperchen gefunden. Die gewöhnlichen Kulturen ergaben kein Wachstum, selten entwickelte sich ein Diplokokkus. Meist gelang der Nachweis von Tuberkelbacillen nicht auch bei der Antiforminmethode. Von 10 Meerschweinchenversuchen fielen 8 positiv aus. *Naegeli* (Zürich).

Lungen:

Lombardo, G., Un caso di carcinoma primario del polmone, originatosi dalle glandole mucipare della mucosa bronchiale. (Ein Fall von primärem Lungencarcinom, ausgehend von den Schleimdrüsen der Bronchialschleimhaut.) (*Istit. di anatom. patol., Univ. di Catania.*) Pathologica **5,** S. 53—54. 1913.

Lungencarcinome gehen am häufigsten vom Bronchialepithel, seltener vom Alveolarepithel, am seltensten von den Schleimdrüsen der Bronchien aus. Histologischer Befund einer derartigen Rarität. Klinisch war der Fall nicht beobachtet. *Kreuter* (Erlangen).

Herzbeutel, Herz:

Wagner, Fritz, Ein Fall von metastatischer Carcinomatose des Herzmuskels. (*III. med. Klinik, Wien.*) Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 40—43. 1913.

Bei einem 50 jährigen Pat. war im April 1911 ein Plattenepithelcarcinom des rechten Unterkiefers durch rechtsseitige Unterkieferresektion entfernt worden. Im Mai 1912 entwickelte sich ein Herzbeutel- und Pleuraexsudat links. Das Pleuraexsudat war zuerst klar serös, später blutig mit vakuolisierten Endothelzellen. Das zur Zeit der letzten Pleurapunktion gewonnene Herzbeutelexsudat hatte dieselben Eigenschaften. Die Obduktion bestätigte die klinische Annahme einer Metastasierung des Kiefertumors in Pleura, Pericard und Herzmuskel. Auch in der Leber war eine isolierte Metastase. Hinweis auf Seltenheit der Fälle in der Literatur. *Kleinschmidt* (Leipzig).

Mitchell, Charles F., Stab-wound of the heart; recovery after suture. (Stichwunde des Herzens; Heilung nach Naht.) (Transact. of the New York surg. soc., state meet. 13. XI. 1912.) Ann. of surg. **57,** S. 296—300. 1913.

59jähriger Farbiger hatte im Alkoholrausch eine Stichverletzung des linken Ventrikels einen Zentimeter über der Herzspitze erhalten. Intercostalschnitt. 2 Nähte. Heilung. Mitchell empfiehlt stets Wunden in der Nähe des Herzens freizulegen. *Gelinsky* (Berlin).

Bauch und Becken.

Allgemeines:

Küster, Hermann, Indikationen und Resultate abdominaler Tampondrainage. (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 241—243. 1913.

Die Tampondrainage in ihrer ursprünglichen Art, wie sie Mikulicz empfohlen hat, wird in der Breslauer Univ.-Frauenklinik nach der erweiterten abdominalen Radikaloperation prinzipiell angewandt. In allen anderen Fällen wird mit Auswahl verfahren und der Tampondrain dann eingelegt, wenn die Möglichkeit einer parenchymatösen Nachblutung, Infektion oder Infektionsverdacht besteht, oder wenn reichliche Sekretion aus einer großen Wundhöhle zu erwarten ist. Er wirkt also einmal vorzugsweise als Tampon gegen Blutung und zwar mit unfehlbarer Sicherheit, andererseits als Drain zur Ableitung des Sekretes mit der gleichzeitigen Bestimmung, peritonitische Verklebungen in der Umgebung des Operationsgebietes zu erzeugen. Diesen letztgenannten Zweck erfüllt er ebenfalls vollkommen und in allen Fällen mit Ausnahme der von vornherein verlorenen, wo entweder schon vor der Operation eine diffuse Peritonitis bestand oder bei der Operation eine Überschwemmung des gesamten Bauchraumes mit Infektionserregern unvermeidlich war. Hier wie auch bei Ascites erübrigt sich seine Anwendung. Als Drain bewährt er sich weniger; denn seine Wirksamkeit ist nach ziemlich kurzer Zeit erschöpft. Der Tampondrainage, ganz im allgemeinen gesprochen, haftet trotz der vorzüglichen Dienste, die sie im speziellen Fall leistet, der Nachteil an, daß sie das Krankenlager oft recht beträchtlich verlängert und die spätere Entstehung einer Hernie vorbereitet. Dieser Möglichkeit kann allerdings in geeigneten Fällen durch baldige sekundäre Naht begegnet werden.

Genewein (München).

Galpern, J., Ruptur von Laparatomiewunden und Vorfall von Baucheingeweiden. (*Gouvernementskrankenhaus in Twer.*) Weljaminows Archiv für Chirurgie **28,** S. 918 bis 925. 1913. (Russisch.)

In der vorliegenden Arbeit bespricht der Verf. 25 Fälle von Ruptur von Laparatomiewunden, welche ihm von russischen Chirurgen zur Verfügung gestellt wurden, 5 eigene Fälle und 6 Fälle, welche nach der Sammelstatistik von Madelung (1905) in der Weltliteratur veröffentlicht wurden. Auf Grund dieses Materials kommt der Verf. zum Schluß, daß in der Mehrzahl der Fälle der geschwächte Allgemeinzustand des Kranken als Ursache der Ruptur anzusehen ist. In diesen Fällen, wo naturgemäß die Ernährung der Gewebe gleichfalls eine mangelhafte ist, begünstigt die Anspannung der Bauchpresse (Husten, Erbrechen, frühes Aufstehen) das Aufplatzen der Wunde. Das Anlegen einer sogar 3reihigen Naht aus nicht resorbierbarem Material bietet keine sichere Garantie für eine feste Naht. Die Rupturen kommen, entgegen der Meinung Madelungs, sowohl oberhalb als unterhalb des Nabels gleich häufig vor. Falls die Wundränder sekundär nicht durch Naht vereinigt werden können, und die Tamponade notwendig wird, kann diese letztere zu sehr schweren Folgeerscheinungen Anlaß geben.

Hesse (St. Petersburg).

Mummery, P. Lockhart, Treatment of acute abdominal cases in children. (Behandlung von akuten Bauchfällen bei Kindern.) Brit. journal of children's dis. **10,** S. 49—59. 1913.

Von den bei Kindern vorkommenden schweren abdominellen Störungen hebt der Verf. insbesondere die Darmeinstülpung und Wurmfortsatzentzündung hervor. Für die Darmeinstülpung (Intussuszeption) gibt der Verf. das Verschlucken von hartem Material, das das Kind nicht verdauen kann, sowie eine eventuelle Verletzung durch einen Fall als häufige, sonst weniger gewertete Ursachsmomente an. Die Symptomatologie und die Behandlungsart folgt den bekannten Grundsätzen. Sofort nach gestellter Diagnose (apfelmusähnlicher ev. blutiger Stuhl, Schmerzen, fühlbarer Tumor) kommt nur die Operation in Frage. Alle übrigen Manipulationen bedeuten Zeitverlust. In den ersten 24 Stunden ist die Lösung der Einstülpung leicht durchzuführen. Eine Resektion vertragen die wenigsten Kinder. Alles weist auf die früheste Frühoperation hin. Bei der kindlichen Appendicitis, die der Verf. allerdings erst bei Kindern über 5 Jahren beobachtet hat, sehen wir dieselben Symptome wie beim Erwachsenen, nur läuft alles viel rascher und akuter ab. Unerläßlich ist die

Rectaluntersuchung, da sie uns bei den kleinen kindlichen Verhältnissen eine genaue Abtastung der Bauchhöhle hoch hinauf erlaubt. Auch hier möglichst frühe Operation, die um so dringender ist, da gerade die Kinder zur Verallgemeinerung der Peritonitis neigen. Möglichst kleiner Schnitt, möglichst einfache rasche Operation, eventuell nur Absceßeröffnung, Drainage nur bei eitrigen Fällen, kontinuierliche Kochsalzeingießungen ins Rectum, Gegendrainage des Beckens bei allgemeiner Peritonitis, sowie reichliche Flüssigkeitszufuhr. Im übrigen ähnliche Maßnahmen wie bei Erwachsenen.

Spitzy (Graz).

Motzfeld, Ketil, Über Eventeratio diaphragmatica. (*Pathol.-anatom. Inst. d. Reichshosp., Christiania.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 312—314. 1913.

41 jähriges Dienstmädchen, das von Jugend auf an Erbrechen, Herzklopfen und Atembeschwerden gelitten hatte. Seit 4 Jahren Nephritis. Auffallender Hochstand der linken Zwerchfellkuppe, Dextrokardie. Exitus an Urämie. Sektionsbefund: Rechts: Zwerchfell- und Phrenicusverhältnisse normal. Links: Hochstand des bindegewebig degenerierten Zwerchfells bis zum 2. Intercostalraume und vollständige Degeneration des Phrenicus. Ätiologie: wahrscheinlich kongenital. Ob Phrenicus- oder Zwerchfellaplasie oder Atrophie das primäre war, ist nicht zu entscheiden. Die Erkrankung ist schon öfters klinisch beobachtet worden durch das Röntgenverfahren. Literatur. *Kleinschmidt* (Leipzig).

Vogel, Karl M., Diaphragmatic hernia, with report of a case. (Zwerchfellhernien, mit Bericht eines Falles.) Americ. journal of the med. scienc. **145,** S. 206—219. 1913.

Nach ausführlicher, aus jedem Lehrbuch bekannter Darstellung der Einteilung, Entstehung und Symptomatologie der Zwerchfellhernien, Mitteilung eines Falles, der intra vitam keine Erscheinungen gemacht hatte, und bei dem die Autopsie Magen, Milz, Netz und Colon ascendens mit Appendix und Transversum in der linken Brusthöhle nachwies. Es handelte sich um eine falsche angeborene Zwerchfellhernie, die sich leicht reponieren ließ. *Gelinsky.*

Moschcowitz, A. V., Traumatic rupture of the gastrohepatic omentum. (Rißverletzung des ligamentum gastrohepaticum.) (Transact. of the New York surg. soc., stat. meet. 13. XI. 1912.) Ann. of surg. **57,** S. 261—262. 1913.

7jähriger Junge überfahren, anfangs Shock, dann Besserung; am dritten Tage peristaltische Lähmung. Die Operation zeigte eine ansehnliche Blutung im Bauchraum und als Grund derselben einen 2 Zoll langen sagittalen Riß im ligamentum hepatogastricum. Naht, Heilung.

Gelinsky (Berlin).

Milligan, E. T. C., and F. Hobill Cole, Case of intussusception—resection of bowel—recovery. (Fall von Intussusception-Resektion. Heilung.) Austral. med. journal. **2,** S. 889. 1913.

Frischberg, D., Zur Frage des Darmverschlusses, hervorgerufen durch Meckelsche Divertikel. (*Chirurgische Abteilung des städtischen Alexanderkrankenhauses in Kiew. Dir. I. Bondarew.*) Weljaminows Archiv für Chirurgie **28,** S. 948—960. 1913. (Russisch.)

Nach einer genauen Besprechung der genannten Erkrankung teilt der Verfasser drei eigene Fälle mit.

Fall 1: 50 jähriger Mann. Diagnose: Darmverschluß. Operationsbefund: ein vom Dünndarm ausgehendes und am S. Romanum befestigtes Meckelsches Divertikel. In dem hierdurch gebildeten Ring eingeklemmte und gangranöse Dünndarmschlingen. Exitus infolge von Peritonitis. — Fall 2. 28 jähriger Mann. Diagnose: Darmverschluß. Operationsbefund: ein in der Nähe des Appendix vom Dünndarm ausgehendes Meckelsches Divertikel, welches durch einen Strang mit dem Appendix verbunden war. In dem hierdurch gebildeten Ring — eine inkarzerierte gangranöse Dünndarmschlinge. Exitus infolge einer diffusen Peritonitis. Fall 3. 7 jähriger Knabe. Diagnose: Peritonitis appendikulären Ursprungs, eventuell auch Ileus. Operationsbefund: 80—85 cm vom Appendix Meckelsches Divertikel, welches durch einen Strang in der Nabelgegend befestigt war. In einer Schlinge dieses Stranges Einklemmung einer Darmschlinge. Heilung. *Hesse* (St. Petersburg).

Rybak, A., Zur Frage des Ileus verminosus. (*Chirurgische Abteilung des städtischen Marien-Magdalenen-Krankenhauses in St. Petersburg. Dir. R. Butz*). Weljaminows Archiv für Chirurgie **28,** S. 926—935. 1913. (Russisch.)

Verf. führt in der vorliegenden Arbeit die bisher in der Literatur bekannten

46 Fälle dieser Erkrankung an und fügt noch einen eigenen Fall hinzu. Auf Grund dieses Materials ist Verf. der Ansicht, daß die Ursache des Ileus in Spasmen des Darmes zu suchen ist, welche durch zufällige Ansammlungen von Askariden hervorgerufen werden. Die höher gelegenen Darmteile suchen das Hindernis zu überwinden, es kommt zu verstärkter Peristaltik. Hervorgerufen durch diese letztere oder auch durch die eigenen Bewegungen bildet sich an der verengten Stelle ein großer Klumpen von Askariden, der dann schon ein mechanisches Hindernis darstellt. In den Fällen von vereinzelten Askariden, in denen auch keine Spasmen festgestellt wurden, handelte es sich wohl um Darmparese durch die Sekrete der Askariden und die mechanische Reizung des Darmes. Es ist möglich, daß auch hier zuerst Spasmen und erst sekundär Paresen auftraten. Ein weiterer Beleg der Ansicht des Verf. ist auch der Umstand, daß in einigen Fällen sogar nach Entfernung der Askariden die Parese noch einige Tage fortdauerte. *Hesse* (St. Petersburg).

Lenger, L., Fibrome volumineux du mésentère. Ablation avec résection de 40 centimètres d'intestin grêle. — Guérison. (Voluminöses Fibrom des Mesenteriums, Abtragung mit Resektion von 40 cm Dünndarm. — Heilung.) Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège 52, S. 12—16. 1913.

Verf. bringt die ausführliche Krankengeschichte einer 34 jährigen Patientin, bei welcher sich bei der Operation ein über kopfgroßes Fibrom des Mesenteriums von über 5 kg Gewicht fand. Bei der Exstirpation des Tumors mußten 40 cm Dünndarm, in dessen Mesenterium die Geschwulst gewesen ist, mit reseziert werden; die Darmpassage wurde durch zirkuläre Naht wieder hergestellt. Heilung nach glattem Wundverlauf. Die histologische Untersuchung ergab ein reines Fibrom, an einer Stelle ödematös, mit Hämorrhagien und einer Erweiterungscyste. Verf. berichtet weiter kurz über einen Fall von Sarkom des Mesenteriums, das sich bei der Operation als inoperabel herausstellte. In beiden Fällen wurde die Diagnose erst bei der Operation gestellt. *v. Winiwarter* (Wien).

Bauchfell:

Hofmann, Arthur, Zur Frage der freien Transplantation des Peritoneums. (*Städt. Krankenh., Offenburg.*) Zentralbl. f. Chirurg. 40, S. 122—123. 1913.

Ein markstückgroßer Serosadefekt, der bei Ablösung einer Darmschlinge entstanden war, wurde mit einem gleichgroßen Serosastückchen, das dem Peritoneum parietale hinter der Rectusscheide entnommen war, gedeckt und mit Knopfnähten befestigt. Der Erfolg war gut und ermutigt zur weiteren Anwendung dieses Verfahrens. *Hohmeier* (Marburg a. L.).

Hernien:

Guedea, Luis, La Anestesia local en la operación de las hernias. (Lokalanästhesie bei der Hernienoperation.) Los Progresos de la Clínica 1, S. 34 bis 53. 1913. (Spanisch.)

Ausführliche Beschreibung der Technik und Empfehlung der in Spanien wenig ausgeübten Lokalanästhesie nach Braun bei Hernienoperationen nebst 2 kasuistischen Mitteilungen. *Draudt* (Darmstadt).

McGavin, Lawrie, The results of filigree implantation. (Erfolge der Einpflanzung von Filigrannetzen.) Proceed. of the roy. soc. of med. 6, Surg. sect. S. 103—112. 1913.

Verf. empfiehlt warm die Verwendung selbstgefertigter Silberfiligrannetze bei der Operation von Bauch- und Nabelbrüchen und die von ihm angegebene Methode der Einpflanzung zweier Netze bei Leistenbrüchen, von denen das eine im unteren Wundwinkel präperitoneal, das andere im oberen zwischen Muskel und Aponeurose eingelegt werden soll. Er hat im ganzen 263 Leistenbrüche und 51 Bauch- oder Nabelbrüche operiert und von jenen 106, darunter 20 doppelseitige, von diesen 40 mit Netzen behandelt. Rezidive kamen bei Bauch- und Nabelbrüchen gar nicht, bei Leistenbrüchen zwei vor, eines infolge Eiterung, das andere infolge Eiterung und mangelhafter Befestigung des Netzes. Beide Fälle wurden durch erneute Operation geheilt. Indikationen für die Anwendung der Netze waren: Größe des Bruches, langes Bestehen, höheres Alter, Atrophie infolge Drucks des Bruchbandes, große Weite der Bruchpforte. Die Anwesenheit des Netzes verursacht keine Schmerzen, keine Unbequemlichkeit, keine

Schwellung, keine Hodenatrophie und ist bei Frauen kein Geburtshindernis. Vier Todesfälle bei Bauch- und Nabelbruchoperationen (1 Pneumonie, 1 Embolie, 1 Herzschwäche, 1 Ileus), 1 bei Leistenbrüchen an Ileus sind nicht der Methode zur Last zu legen. „Die Einpflanzung von Filigrannetzen ist zurzeit die einzige zuverlässige Behandlungsweise.“ *Ellermann* (Danzig).

Magen, Dünndarm:

Disqué, Über Atonie und Gastroptose. Med. Klinik **9**, S. 175—177. 1913.

Verf. bespricht zunächst den röntgenologischen Nachweis der Gastroptose und Atonie mittels der Bariumsulfatbreifüllung des Magens. Typisch ist das Herabsinken auch der kleinen Kurvatur im Gegensatz zur Gastrektasie im Röntgenbilde. Atonie und Gastroptose sind fast immer die Folgen einer asthenischen Konstitutionsanomalie (und dementsprechend zu behandeln). Dies prägt sich auch in den Symptomen aus (meist schwächliche, blutarme Personen, fast immer weiblichen Geschlechts). Die Magenerscheinungen treten am deutlichsten zutage nach Einführung einer größeren Menge flüssiger Nahrung. Bei der Therapie spielen Diät und Allgemeinbehandlung die Hauptrolle. Fettanreicherung ist zu erstreben (breiige Kost, Liegekuren, Leibbinde usw.). Der Erfolg dieser Behandlung ist günstig, läßt sich auch durch die röntgenologische Untersuchung nachweisen: der Pylorus und die Kurvaturen des Magens kommen höher zu stehen. Verf. konstatierte in einem mitgeteilten Falle eine Hebung des Magens um 8 cm und völliges Verschwinden der Beschwerden. *Oehler.*

Koplik, Henry, Spasm of the pylorus and congenital pyloric stenosis. (Pylorospasmus und kongenitale Pylorusstenose.) New York med. journal **97**, S. 57—62. 1913.

Koplik unterscheidet drei Gruppen von Krankheitsbildern unter den einschlägigen Fällen. 1. Reiner Spasmus ohne palpablen Pylorus; dabei bestehen aber explosives Erbrechen, sichtbare Magenperistaltik, Gewichtsverlust, Obstipation; letztere ist aber nur relativ, da im Stuhl gewöhnlich Nahrungsreste erscheinen. — 2. Pylorospasmus mit relativer Stenose und mehr oder weniger hochgradiger Hypertrophie des Pylorus. — 3. Kongenitale sogenannte hypertrophische Pylorusstenose. — Die beiden letzteren Gruppen sind klinisch kaum auseinanderzuhalten, erstere Gruppe glaubt er abgrenzen zu können, ohne doch recht überzeugende Kriterien dafür beibringen zu können. Die leichter verlaufenden Fälle werden eben als reiner Spasmus gedeutet. Der anatomische Beweis, daß in schwereren Fällen der Pylorus nicht hypertrophisch ist, wäre nur durch exakte Messungen zu erbringen. Verf. berichtet über einen Fall, der nach typischer Krankengeschichte zur Operation und Sektion kam. Bei der Sektion fand sich an der Pars pylorica das bekannte harte, geschwellte Muskelgebilde, aber das Lumen war nicht verengt, sondern für einen Katheter Nr. 15 durchgängig. Verf. schließt hieraus, daß es sich um einen reinen Pylorospasmus gehandelt hatte. Ref. ist die Begründung nicht einleuchtend; denn daß echte „hypertrophische“ Pylori nicht immer undurchgängig sind, sondern in diastolischem Zustand ein Lumen haben, ist aus dem ganzen Bau dieser Gebilde ersichtlich, die nicht als Geschwülste imponieren, sondern funktionierende Organe darstellen; darauf basiert ja auch die Heilbarkeit dieses Leidens durch eine zuwartende interne Behandlung. — Letztere Tatsache wird vom Verf. übrigens sehr intensiv hervorgehoben. Er will nicht nur die Fälle mit reinem Spasmus, sondern auch die der beiden anderen Gruppen vor dem Messer des Chirurgen retten. 10 Fälle werden kurz mitgeteilt, die alle unter interner Behandlung geheilt sind. Bei einigen sei anodische Übererregbarkeit nachzuweisen gewesen (genauere Angaben werden leider nicht mitgeteilt). Die spastischen Symptome lassen nach dem dritten Lebensmonat in der Regel nach. Solange sollen sich die Operationsfreudigen also jedenfalls gedulden. Magenperistaltik läßt sich auch nach den Erfahrungen des Verf. lange in die Rekonvaleszenz hinein verfolgen, und auch das Hartwerden des Pylorus unter dem Finger, das Verf. als Symptom spastischer Kontraktion aufgefaßt wissen will,

läßt sich noch lange nach der klinischen Heilung feststellen. — Zur Therapie sind zwei neue Methoden jüngst empfohlen worden. Einhorn schlägt die Einführung eines Instruments vom Magen aus vor, das in situ dilatiert werden soll. Verf. glaubt, daß schwere Fälle das Instrument nicht durchlassen werden, und daß Fälle, die das Instrument durchlassen, auch ohne diesen Eingriff zur Heilung kommen. — Die von Hess empfohlene Einführung des Duodenalkatheters kann sich als nützlich erweisen. Bei schweren Fällen hat Verf. aber auch erlebt, daß die Einführung nicht gelingt. Verf. verspricht sich eine Verbesserung unserer Behandlungsmethoden von einer weiter als bisher gehenden Berücksichtigung der Aciditätsverhältnisse. *Ibrahim.*[K]

Marfan, A. B., et A. Baudouin, Sur un cas de rétrécissement congénital du pylore, avec considérations sur l'intoxication d'origine gastrique. (Über einen Fall von angeborener Verengerung des Pylorus mit Betrachtungen über die Vergiftung gastrischen Ursprunges.) Nourrisson **1,** S. 8—20. 1913.

Verf. bringen die ausführliche Krankengeschichte eines 3 Wochen alten Kindes, welches alle Mahlzeiten erbrach und dabei an Obstipation litt. Im weiteren Verlaufe stellte sich ein tonischer tetaniformer Krampfzustand des ganzen Körpers ein, welcher bis zu dem Tode des Kindes am 35. Lebenstage anhielt. Die Obduktion ergab eine durch mächtige Verdickung der Muskelschicht bedingte Verengerung des Pylorus, sicher kongenitalen Ursprunges. Weiter fanden sich Degeneration der Ganglienzellen in der motorischen Rindenregion des Gehirns und schwere Veränderungen der Leber, ähnlich wie man sie nach Phosphorvergiftungen findet. Verf. meinen, daß es durch die Retention der Speisen im Magen daselbst zur Bildung eines Giftes gekommen ist, welches die degenerativen Veränderungen in der Leber und im Gehirn und durch die letzteren den eigentümlichen krampfartigen Zustand bewirkt hat.

v. Winiwarter (Wien).

Jaisson, Camille, Les perforations du cancer de l'estomac. (Über Perforation des Magenkrebses). Rev. franç. de méd. et de chirurg. **10,** S. 40. 1913.

Die Symptome bei der Perforation eines Magenkrebses werden bedingt durch die sich anschließende Peritonitis. Dieselbe breitet sich entweder rasch über den ganzen Bauch aus und verläuft dann unter dem bekannten Bilde einer diffusen Perforationsperitonitis, oder es haben sich vorher Verwachsungen gebildet, und es entsteht dann eine lokalisierte Perigastritis in der Form eines Abscesses. Verf. unterscheidet einfache Abscesse, die sich entweder gegen den Thorax oder gegen den Bauch zu entwickeln, ihre bestimmten Symptome haben, und deren Lage durch den Sitz der Perforation am Magen bedingt ist. Die zweite Form bilden die gangränösen Abscesse, welche bei Durchbruch des Krebses in die Leber oder Milz zustande kommen; sie verlaufen unter sehr schweren Symptomen. Die Perforation des Magenkrebses ist häufiger, als man bisher angenommen hat, sie tritt in etwa 4,4% der Fälle ein, welche Ziffer nach Ansicht des Verfs. noch zu niedrig gegriffen ist. Die Behandlung besteht in der sofortigen Operation. Bei diffuser Peritonitis wird man, wenn eine Resektion des Krebses nicht möglich ist, die Perforationsstelle übernähen und drainieren; hat sich ein Abscess gebildet, dann wird man sich begnügen, denselben zu spalten und dem Eiter nach außen Abfluß zu verschaffen. *v. Winiwarter* (Wien).

Strauß, Das Duodenalulcus und seine Feststellbarkeit durch Röntgenstrahlen. (*Kais. Wilh. Akad., Berlin.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. **19,** S. 461—469. 1913.

Verf. bespricht kritisch die reflektorischen Beziehungen zwischen Magen- und Duodenalfunktion und die röntgenologischen Symptome krankhafter Störungen. Der Befund der Duodenalstenose ist bekanntlich sehr ausgesprochen; Verf. schreibt aber auch dem Duodenalulcus an sich eine Reihe charakteristischer Merkmale zu, nämlich: Ptotischer Magen; hochgradig angeregte Peristaltik, besonders des Antrums; offener Pylorus; rascher Übertritt von Mageninhalt in Duodenum bzw. Dünndarm, Vorhandensein eines grauen Duodenalschattens neben dem tiefschwarzen Magenschatten; röntgenpalpatorisch feststellbarer Schmerzpunkt am Duodenum; Sechsstundenrest bei Doppelmahlzeit. Der Befund gleich nach oder schon während der Mahlzeit ist wert-

voll. Verf. erwartet wichtige Fortschritte vom weiteren Ausbau der Technik, namentlich der Kinematographie, für Erkennung der bei uns noch zu wenig diagnostizierten Frühformen. *Grashey* (München).

Strauss, H., Diagnostik und innere Therapie des Duodenalgeschwürs. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. **10,** S. 97—103. 1913.

Bei Fällen, in welchen weder eine Blutung noch Perforation den Weg zur Diagnose weist, ist Anamnese viel wesentlicher als Untersuchung. Es ist vor allem zu achten auf Vorhandensein von Druck und Völlegefühl in der Magengegend 2—4 Stunden nach der Nahrungsaufnahme, auf Hungerschmerz und auf das alsbaldige Verschwinden dieser Beschwerden bei Aufnahme von Nahrung oder von Alkalien. Objektiv kann ein Druckpunkt und auch eventuell Röntgenaufnahme Hilfe zur Diagnose geben. Ohne weiteres fallen der chirurgischen Behandlung zu: Sicher diagnostizierte Fälle, die einer sachgemäßen internen Behandlung getrotzt haben, und sichere Fälle von Duodenalgeschwür, bei welchen zur Differentialdiagnose (Cholecystitis) und zur gleichzeitigen Radikaltherapie eine Laparotomie angezeigt erscheint, schließlich die Perforationen. *Gelinsky* (Berlin).

Frising, Gunnar, und Einar Sjövall, Die phlegmonöse Enteritis im Duodenum und Anfangteil des Jejunums. (*Chirurg. Klin. u. pathol.-anat. Inst., Lund.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **83,** S. 1—25. 1913.

Die klinische Beobachtung und Sektion zweier Fälle von phlegmonöser Entzündung des obersten Dünndarms, von denen der erste 16 Stunden nach dem fast immer akuten, stürmischen Beginn der Erkrankung unter der Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Exsudats der Bursa omentalis durch eine Pankreasaffektion oder ein latent verlaufendes, dann perforiertes Magengeschwür operiert wurde (Gastroenterostomie), veranlaßte die Verff., 1. einen genauen makroskopischen und mikroskopischen pathologisch-anatomischen Befund der seltenen — es werden am Schluß der Arbeit 8 fremde Fälle zusammengestellt — Erkrankung zu geben. Mikroskopisch findet sich eine eitrige Infiltration der Submucosa, die sich zwischen die Muskelbündel der Muscularis bis zur Subserosa ausbreitet, die Muscularis mucosae nur da durchsetzt, wo makroskopisch Defekte der Mucosa bestehen. Das retroduodenale Bindegewebe zeigt Ödem mit mäßiggradiger Entzündung, das Caput pancreatis schwere eitrige Imbibition. In der Submucosa reichlich Einzel- und Kettenkokken. Der Prozeß beschränkt sich auf das Duodenum und die obersten Zentimeter des Jejunums, beide Darmabschnitte boten sich im ersten Fall klinisch als deutlich palpablen empfindlichen Wulst dar, der die Diagnose ermöglichen würde, wenn man nur an die wenig bekannte Krankheit denken würde. Das Peritoneum war beide Male frei. Im ersten Falle dicht an der Flexura duodenojujonalis eine Gräte aus einer Schollenflosse. — 2. Das klinische Bild ist durchaus nicht so „uncharakteristisch", wie andere Autoren behaupten, wenn auch die Differentialdiagnose gegenüber perforierendem Magenulcus, phlegmonöser Gastritis, akuter Pankreatitis nicht ganz leicht ist. Das wichtigste Unterscheidungmerkmal bleibt der Nachweis einer sehr rasch auftretenden palpablen schmerzhaften Geschwulst, entsprechend der anatomischen Lage. Die Therapie wäre die Resektion der erkrankten Darmpartie; falls diese nicht möglich: die palliative Gastroenterostomie. 3. Zur Pathogenese: Die phlegmonöse Entzündung des Darms ist mit der des Magens und der Speiseröhre, was die Ätiologie anlangt, zweifellos identisch. Die metastatische Genese ist sehr selten. In sechs von den 10 gesammelten Fällen ist ein örtlicher Schleimhautinsult (akute Reizung, Verletzung durch Fremdkörper, Trauma mit Schleimhautdehiscenz) als Eintrittspforte der Infektion sehr wahrscheinlich, in den 4 restlichen Fällen eine metastatische Genese sehr unwahrscheinlich. Eine gewöhnlich vorhandene chronische Gastritis mit Salzsäuremangel steigert die Virulenz der Infektionserreger (cf. relative Häufigkeit der phlegmonösen Gastritis bei Alkoholikern). Bei der Lokalisation spielt vielleicht die fixierte Lage der Darmteile eine Rolle. Das in vorliegenden 10 Fällen 9mal festzustellende Alter von

über 50 Jahren läßt vielleicht auf eine örtliche Disposition des fraglichen Darmteils in höherem Alter schließen. *Eugen Schultze* (Berlin).

Pólya, Eugen, Jejunumkolon- und Magenkolonfistel nach Gastroenterostomie. (*St. Stephan-Spit., Budapest.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121**, S. 101—120. 1913.

In dem von dem Verf. operierten Falle handelte es sich um einen 33jährigen Mann, bei dem wegen Ulcus ventriculi auswärts eine Gastroenterostomie gemacht war mit dem Erfolg, daß zunächst die Beschwerden beseitigt waren. Ein halbes Jahr später traten Diarrhöen auf, die Speisen gingen fast unverdaut mit dem Stuhl ab; es bestand übelriechendes Aufstoßen und zuweilen Koterbrechen; rapide Abnahme des Körpergewichtes. Auf Grund dieser Anamnese und der klinischen und röntgenologischen Untersuchung wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf „Fistula gastrocolica" gestellt. Die Relaparatomie ergab eine Kommunikation zwischen der Hinterwand des Colon transversum und dem Jejunum einige Zentimeter unterhalb der Flexura duodenojejunalis. Lösung der Verwachsungen, wodurch sowohl im Colon wie Jejunum ein kronengroßes Loch entsteht. Beide werden quer zur Längsachse mit zweireihiger Naht verschlossen. Glatter Verlauf; nach 1½ Monaten in gutem Zustand als geheilt entlassen.

An der Hand dieses Falles gibt der Verf. eine Zusammenstellung der bisher bekannten 19 einschlägigen Fälle und eine Besprechung derselben. Als Ursache der Fisteln ist das (oft multipel auftretende) Ulcus pepticum jejuni anzusehen, das immer nur im Anschluß an die Gastroenterostomie beobachtet wird und zwar bei allen Formen, besonders aber, wenn einzelne Darmpartien aus der Passage der Galle und des Pankreassaftes ausgeschaltet werden. Es kann in kurzer Zeit zu tötlicher Blutung oder Perforation führen, recidiviert auch nach der Excision häufig und ist nur in einem Falle nach G. E. wegen Carcinom beobachtet worden. Demnach ist als Ursache für das Ulcus die verminderte Resistenz der Jejunalschleimhaut gegenüber der peptischen Einwirkung des Magensaftes anzunehmen. Die Neigung zur Perforation resultiert aus der Dünnheit der Wandung (im Gegensatz zu der sehr viel dickeren Magenwand). Alle Fälle sind bei Männern beobachtet. Die Erscheinungen der Jejunalkolonfistel sind dieselben wie bei der Magenkolonfistel und nicht immer gleichmäßig, indem einmal die entzündlichen Erscheinungen, ein anderes Mal mehr die der Fistelbildung (Diarrhöen, Kotbrechen, fäkulentes Aufstoßen) im Vordergrund stehen. Der gemeinsame Zug sämtlicher Fälle ist die schwere Ernährungsstörung, die rapide Abmagerung und zunehmende Inanition infolge Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme und unvollkommener Ausnutzung der Speisen. Jedoch kann die Diagnose zuweilen große Schwierigkeiten bereiten und muß vor allem mit Hilfe der Röntgenstrahlen bestätigt werden. Für die Therapie kommt prophylaktisch exakte Schleimhautnaht und entsprechende postoperative Diät in Frage; hat sich aber die Kommunikation ausgebildet, so ist die Operation indiciert. Ihre Aufgabe ist die Trennung der Fistelränder und Vernähung der dadurch entstandenen Löcher; Konservierung eventuell Restitution der Gastroenterostomieöffnung und schließlich Beseitigung eventuell im Dickdarm entstandener Stenosen durch Resektion oder Anastomosenbildung. Die Gefahr der Operation ist nicht groß (11% Todesfälle) und ist nicht von ausschlaggebender Bedeutung, wenn man berücksichtigt, daß die sich selbst überlassene Fistel sicher zum Tode führt. *Bode* (Göttingen).

Wurmfortsatz:

Dobbertin, Schnittlänge, Bauchspülung, Bekämpfung der Darmlähmung bei Appendicitis — Peritonitis. (*Königin Elisabeth-Hosp., Berlin-Oberschöneweide.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 222—225. 1913.

Verf. empfiehlt den Riedelschen Schnitt von 3—5 cm Länge. Auch bei großen Abscessen und Phlegmonen werden nur kleine Schnitte gemacht. Die Appendix wird, wenn irgend möglich, entfernt. Bei freier Peritonitis, Spülungen aller Bauchhöhlengegenden mit großen Kochsalzlösungsmengen aus 2 m Druckhöhe, ohne Heberapparat ebenfalls von einem kleinen Schnitt aus. Kleiner Beuteltampon auf das vorliegende Coecum für 24—48 Stunden, dann sekundäre Etagennaht. Bei eitrigen Abkapselungen und Fächerungen der Bauchhöhle im späteren Stadium der freien Peritonitis werden multiple Schnitte angelegt und tamponiert. Zur Anregung der Peristaltik am 2. Tage Magenspülungen mit nachheriger Ric.-Ölgabe durch

den Magenschlauch auch bei Magen- und Darmoperationen, ev. Dauerausheberungen des Magens durch die Nase bei Erbrechen. Erfolgt auf Ricinus kein Stuhl, so gibt Verf. große Glycerindosen (25—50 ccm) zuerst mittels Rekordspritze und Hohlnadel durch die vorliegende Coecalwand oder, wenn das nicht hilft, in den durch kleine neue Laparotomie freigelegten Dünn- oder Dickdarm vermittelst eingeführten Nelatonkatheters und Ohrenspritze. *Kleinschmidt* (Leipzig).

Belaustegui, E. F., Tratamiento de la apendicitis aguda. (Die Behandlung der akuten Appendicitis.) Archivos de Ginecopatía, obstetricia y Pediatría **26**, S. 23—31. 1913. (Spanisch.)

Die Arbeit bringt nichts neues. *Lazarraga* (Marburg a. L.).

Corner, Edred M., The function of the appendix and the origin of appendicitis. (Funktion der Appendix und Entstehung der Appendicitis.) Brit. med. journal **2720**, S. 325—327. 1913.

W. J. Mayo hält die Funktion der Appendix für so zurücktretend, daß eine Rücksichtnahme darauf überflüssig ist. Der letzte Standpunkt ist klinisch vielfach bestätigt. Es übernimmt eben nach Entfernung der Appendix anderes benachbartes Gewebe ihre Funktion. Doch ist in wissenschaftlicher Hinsicht die Funktion der Appendix unbestreitbar. Vom biologischen Standpunkte aus findet sich im Coecum der zweite große Halt für den Nahrungsbrei. Wie der Magen den Nahrungsbrei für den Dünndarm vorbereitet, so bereitet das Coecum ihn durch Wasserresorption für den Dickdarm vor. Dabei findet im Coecum eine ungeheure Vermehrung von Darmbakterien statt. Zum Schutz des Körpers gegen diese Bakterien ist dem Coecum ein großes Vorratshaus mit lymphoidem Gewebe, eben die Appendix, zur Bereitung von „Leukocyten" hingesetzt. Im physiologischen Sinne ist also die Appendix nicht degeneriert, sondern als lymphoides Organ spezialisiert. Ontogenetisch ist die Appendix als differenziertes Ende des Coecum anzusehen. Bei gewissen Tierklassen findet sich aber am Coecumende statt einer Appendix eine Anhäufung von lymphoidem Gewebe. Die Appendix stellt also, wo sie vorhanden ist, ein im Körperhaushalt notwendiges Organ dar, das man nicht ohne Grund opfern soll. Im pathologischen Sinne unterliegt das lymphoide Gewebe der Appendix, wie die Tonsille fibrösen Involutionsvorgängen. Doch ist der Effekt der Involution bei der Appendix viel gefährlicher. Da mit der fibroiden Umwandlung die Entleerungsfähigkeit eingeschränkt wird oder aufhört und mit der Stauung des eingedickten und überaus bakterienreichen, nur unvollkommen mehr durch Lymphocyten gesäuberten Inhalts die fibroide Umwandlung gefördert wird, entwickelt sich ein Circulus vitiosus. Es entsteht die chronische Appendicitis, die durch Entleerung des gestauten und bakterienreichen Inhalts aus der zum Brutplatz gewordenen Appendix zu einer chronischen Typhlitis oder Kolitis führen kann. *zur Verth* (Kiel).

Aaron, Charles D., A sign indicative of chronic appendicitis. (Diagnostisches Zeichen für chronische Appendicitis.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 350—351. 1913.

Bei Appendicitis larvata entsteht auf kräftigen, längere Zeit ausgeübten Fingerdruck am McBurneyschen Punkt Unbehagen oder Schmerz im Epigastrium, der mit Aufhören des Druckes wieder verschwindet. *zur Verth* (Kiel).

Aschoff, L., Appendicopathia oxyurica (Pseudo-Appendicitis ex oxyure). (*Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. B.*) Med. Klin. **9**, S. 249—251. 1913.

Verf. unterzieht die von Rheindorf vorgebrachten Beweise für eine echte Appendicitis ex oxyure (Nr. 2, 3, 4, 5 derselben Zeitschrift) einer Prüfung auf ihre Stichhaltigkeit. Er kommt im Gegensatz zu Rheindorf, getreu seinem alten Standpunkt, zu dem Schluß, daß die als charakteristisch bezeichneten Schleimhautdefekte traumatischen Ursprungs sind, daß man daher die Krankheit nicht als Appendicitis ex oxyure, sondern als Appendicopathia oxyurica bezeichnen solle und daß die Appendicopathia oxyuria nicht der örtlichen, sondern in erster Linie der internen Behandlung zufalle. *zur Verth* (Kiel).

Vecchi, Arnaldo, Über Schleimaustritt aus dem Wurmfortsatz, Schleimpseudocysten in der Mesoappendix. (*Chirurg. Klin., Univ. Turin.*) Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. **24**, S. 52—59. 1913.

Vecchi berichtet über den seltenen Fall von Schleimpseudocysten in der Mesoappendix:

Bei der Operation fand sich ein 6,5 cm langer, in der Achse leicht gekrümmter, im proximalen Teil vollständig obliterierter Wurmfortsatz mit glatter Oberfläche. Das Mesenteriolum zeigte an der Insertionsstelle eine Reihe hirse- bis maiskerngroßer, rundlicher, scharf umschriebener, durchschimmernder Tumoren. Die mikroskopische Untersuchung ergab Zeichen eines früheren ulcerösen Entzündungsprozesses mit kleinen intramuralen Schleimansammlungen und großen Schleimansammlungen in der Dicke der Mesoappendix in Form von Schleimpseudocysten. V. gibt dafür folgenden Entstehungsmechanismus an: die Hauptfaktoren sind in dem mukösen Hydrops der Appendix und in den ulcerösen Prozessen der Schleimhaut gelegen. Infolge des Zusammenwirkens der partiellen Obliterierung der Appendix, des mukösen Hydrops und der ulcerösen Schleimhautprozesse wird der schleimige Inhalt des Wurms in direkte Berührung mit den Lymphbahnen der Submucosa und mit den breiten Lymphbahnen der perivasalen Scheiden gebracht, die die Venen und Arterien an den Stellen begleiten, wo sie durch den Wurmfortsatz verlaufen, um in die Mesoappendix einzutreten. Der von der Schleimhaut dauernd abgesonderte Schleim wird längs der Lymphbahnen gedrängt und gibt dort zu Schleimansammlungen verschiedener Größe Veranlassung; dort, wo die Lymphbahnen klein und der Druck eine größere Stauung des Schleimes verhindert, entstehen intramurale Ansammlungen, während es an den Stellen, wo die Lymphgefäße größer, zahlreicher sind und wo die Ausdehnung der Schleimhaut freier ist, zu Ansammlungen in der Mesoappendix kommt. Klinisch sind derartige Schleimpseudocysten in der Mesoappendix nicht zu diagnostizieren; die subjektiven Beschwerden und die objektiv nachweisbaren Symptome sind lediglich der Ausdruck einer überstandenen Appendicitis. *Münnich* (Erfurt).

Meyer, Willy, Giant mucocele of the appendix; resection of caecum; ileocolostomy. (Riesenmucocele der Appendix, Resektion des Coecums; Ileocolostomie.) (Transact. of the New York surg. soc., state meet. 13. XI. 1912.) Ann. of surg. **57**, S. 271. 1913.

42jähriger Mann hatte 3 Jahre lang Zeichen einer chronischen Appendicitis, dabei einen großen Tumor im rechten Hypogastrium. Operation erwies den Tumor als riesenhaft veränderte Appendix mit schleimigem Inhalt. Resektion der Geschwulst mit angrenzendem Coecum und Ileum. Ileotransversostomie. *Gelinsky* (Berlin).

Dickdarm und Mastdarm:

Mayo, William J., Some of the disputed problems associated with surgery of the large intestine. (Einige strittige Fragen der Chirurgie des Dickdarms.) Americ. journal of the med. scienc. **145**, S. 157—161. 1913.

Mayo sucht seinen Standpunkt zu begründen mit einigen physiologischen und entwicklungsgeschichtlichen Tatsachen. Der Dickdarm ist durch die Gefäßversorgung (Arteria mesent. sup. und Art. mesent. inf.) in zwei Hälften geteilt. Der erste Teil hat den gleichen Ursprung mit dem Dünndarm und hat deshalb auch die gleiche Funktion; 50% der Flüssigkeit und 10% der festen Bestandteile werden in diesem ersten Teil des Dickdarmes aufgenommen. Unterhalb der Flexura linealis hört die Resorption auf. Es werden sogar verdauliche Stoffe, die ins Rectum gebracht wurden, nach dem proximalen Teil des Colons zur Absorption hinauf geschafft. (Antiperistaltik von Bond und Cannon.) Die Aufgabe des Cöcums als Aufsaugeorgan wird deutlich durch die vergleichende Anatomie gezeigt. Statt eines Sphincters am Colon ascendens ist beim Menschen die Milzflexur hoch oben aufgehängt, um den Speisebrei durch dieses mechanische Mittel so lang wie möglich der Resorption zugänglich zu machen. Rokitansky hat schon 1842 darauf aufmerksam gemacht, daß bei der Autopsie das Colon descendens immer leer ist. Auch das Rectum ist normalerweise leer (Untersuchungen an Soldaten). Das S romanum ist der Vorraum des Rectums. Aus der Entwicklungszeit stammen Verwachsungen des Netzes mit der Gallenblase, Verlötungen desselben mit der vordern Bauchwand, ferner die schleierförmige Verwachsung des Colon ascendens mit der Bauchdecke (Jackson). Auch die großen Schwankungen in der Lage und der Befestigung des Coecums und des S romanums erinnern an die Entwicklungsgeschichte.

Daß das Sigmoideum ein spätes Gebilde ist, erkennt man aus der Schwäche seiner Wandung (Divertikel der Schleimhaut durch die Muskularis, Divertikulitis, sekundäre Verwachsung mit der Bauchwand). Das Coecum erreicht erst kurz vor der Geburt die rechte Beckenschaufel, deshalb ist seine Anheftung sehr locker. Auch die sog. Lanesche Knickung ist eine Variation der Entwicklung. Die von Jackson, Lane, Wilms u. a. beschriebenen Veränderungen sind sicher vorhanden, die Frage ist nur, ob diese Zustände krankhafte Erscheinungen machen; ob sie nur anatomische Abweichungen sind, oder auch pathologische Bedeutung haben. Der Erfolg der einzelnen Operation beweist noch nicht die Richtigkeit der Theorie des Operateurs. Eine mechanische Behinderung durch die genannten Lageanomalien und Verwachsungen läßt Mayo nicht gelten, da der Darm dünnwandig und balloniert ist, wie bei Verlust des Sympathicusgleichgewichtes bei Hyperthyroidismus (vgl. Typhlatonie Wilms, Stierlin, der Ref.). Trotz der kritischen Betrachtung anerkennt Mayo die Fortschritte, die Lane, Rovsing, Coffey u. a. durch Empfehlung der Dickdarmoperationen gebracht haben. Noch gründlichere Prüfung der verschiedenen Vorschläge zur Operation ist notwendig. *Iselin* (Basel).

Chamayou, Tumeur bénigne du caecum. (Gutartiger Coecaltumor.) (Soc. de chirurg. de Toulouse, séance du 6. I. 1913.) Arch. méd. de Toulouse **20**, S. 13—18. 1913.

„Kasuistische Mitteilung eines Falles von gutartigem Coecaltumor. Derselbe hatte Kindskopfgröße, Längsdurchmesser 22 cm, Querdurchmesser 17 cm, lag hinter dem Coecum, dessen hintere Wand teilweise zum Tumor gehörte. Appendix und Ileocoecalmündung frei. Oberfläche glatt, keine Verwachsungen. Histologisch charakterisierte sich der Tumor als Fibromyxom. Heilung durch Resektion eines 10 cm langen Kolon- und 3 cm langen Ileumstückes mit nachfolgender Ileocoecalanastomose. Außer physikalischen Erscheinungen hatte der Tumor keine Symptome gemacht. *Bernard* (Berlin).

Yeomans, Frank C., Ceco-sigmoidostomy: an operation for short-circuiting the colon. (Coecosigmeidostomie, eine Operation zwecks schneller Entleerung des Dickdarms.) Americ. journal of surg. **27**, S. 23—26. 1913.

Verf. empfiehlt die Coecosigmoidostomie zur Drainage des Dickdarms. Diese Operation ist das beste Mittel, den Dickdarm gründlich zu entleeren, weil sie die tiefsten Punkte des Dickdarmes vereinigt. Bei allen modernen chirurgischen Erkrankungen des Dickdarmes, chronischer Obstipation, Darmtoxiaemie (Lane), Coecum mobile, mechanischer Obstruktion des Dickdarmes durch physiologische Knickungen ist das Verfahren anzuwenden. Drei Krankenberichte stützen die Empfehlung. Das Operationsverfahren ist schon von Giordano in Venedig, allerdings unter dem Namen Typhlosigmoidostomie am internationalen Chirurgenkongreß in Brüssel 1911 vorgeschlagen worden, ist also nicht, wie der Verf. annimmt, eine neue Erfindung. *Iselin* (Basel).

Esmein, Rolland et Desternes, Cancer du côlon; occlusion intestinale; examen radiologique par lavement bismuthé. (Carcinom des Colon mit Darmverschluß. Radiologische Untersuchung mittels Bismuteinlauf.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris **5**, S. 29—33. 1913.

Ein Mann mit apfelsinengroßem Tumor im Bauch über der linken Leiste ohne Ileuserscheinungen erhält zur Röntgenuntersuchung einen Bismuteinlauf. Das Bild bezeichnet klar die eingeengte Stelle des Dickdarmes: dem Bismuteinlauf aber folgen am 4. Tag schwere Ileuserscheinungen. Seit dem Bismuteinlauf bleiben Darmspülungen erfolglos. Ein Anus praeter am 5. Tag fördert massenhaft Bismut und Stuhl zutage, rettet aber den Patienten nicht mehr. Überraschenderweise verneinen die Autoren den Kausalzusammenhang zwischen dem Bismuteinlauf und den zeitlich pünktlich sich anschließenden Folgeerscheinungen. *Iselin* (Basel).

Moreau, Sarcome mélanique du rectum. (Melanosarkom des Rectums.) (*Hôp. Saint-Pierre.*) Clinique (Bruxelles) **27**, S. 65—68. 1913.

Bericht über ein durch Amputatio recti entferntes Melanosarkom der Analportion. Die Beobachtung der Rezidivfreiheit erstreckt sich auf 7 Wochen. *Körbl* (Wien).

Tracy, Stephen E., Fistula in ano. (Mastdarmfistel.) Americ. journal of obstetr. **67**, S. 33—35. 1913.

Die Mastdarmschleimhaut wird am Hautrand durchschnitten, der Darm bis zur inneren Fistelöffnung freipräpariert, heruntergezogen, proximal von der Fistelöffnung wieder mit der Haut vernäht, das überstehende Stück abgeschnitten und der Fistelgang außerhalb des Sphincters in üblicher Weise offen behandelt. *Burckhardt* (Berlin.)

Leber- und Gallengänge:

Ladd, W. E., Toxicity of bile with the report of an unusual case. (Toxische Wirkung der Galle nebst Mitteilung eines seltenen Falles.) Boston med. a. surg. journal. **168**, S. 166—167. 1913.

An einem Falle zeigt Verf., daß große Mengen von Galle in der freien Bauchhöhle beim Menschen wohl schwere Erkrankung und allgemeine Vergiftung, verbunden mit Erbrechen und heftigen Schmerzen, zur Folge haben können, ohne jedoch zum Tode zu führen. Im Tierversuch wurde von Bunting und Brown der Tod des Versuchstieres durch Dosen von 50 ccm pro Kilo schon nach 24 Stunden herbeigeführt. Die Todesursache war Nekrose aller Gewebe, mit denen die Galle in Berührung kam. Fettnekrosen und hämorrhagische Nekrose des Pankreas waren konstant vorhanden. *Burk* (Stuttgart).

Gordinier, Hermon C., and Harold P. Sawyer, Primary adenomata of the liver simulating Hanot's hypertrophic liver cirrhosis. (Primäres Leberadenom, Hanots hypertrophische Lebercirrhose vortäuschend.) Americ. journal of the med. scienc. **145**, S. 258—269. 1913.

Lenormant, Ch., L'opération radicale du cancer vatérien. (Radikaloperation des Krebses der Papilla duodeni.) Presse méd. **21**, S. 113—115. 1913.

Nach Besprechung der unbefriedigenden Resultate der Palliativoperationen beim Krebs des Gallensystemes weist Verf. auf die günstigen anatomischen Verhältnisse, die frühe Erkennbarkeit und die geringe Neigung zur Metastasierung beim Krebs der Papille hin. Eine exakte Diagnose, ob Steinverschluß oder Gallenstauung, läßt sich allerdings aus der klinischen Beobachtung allein nicht stellen, jedoch ist dies irrelevant, wenn man sich zur Regel macht, jede hartnäckige Gallenretention chirurgisch zu behandeln. Hinsichtlich der Technik der Operation empfiehlt Lenormant Querincision der vorderen Duodenalwand und Excision der Papille mitsamt einem schmalen Streifen Duodenalwand und Vernähung des durchschnittenen Gallen- und Pankreasganges mit den Rändern der Duodenalwunde. Der Querresektion des Duodenums erkennt er wohl die größere Überlegenheit in bezug auf Dauerresultate zu, betont aber die Schwere des Eingriffes, der die an sich geschwächten Patienten häufig erliegen. Er bespricht hierauf eingehend das mehrzeitige Operationsverfahren verschiedener Autoren, wie Körte, Leriche usw., dessen erster Akt in Incision des Duodenums, Ausschaltung desselben und hinterer Gastroenterostomie besteht, dessen zweiter Akt die Mobilisierung und Resektion des Duodenums mit blindem Verschluß desselben und seitlicher Implantation des Gallen- und Pankreasganges in den aboralen Duodenalstumpf in sich schließt. *Burk* (Stuttgart).

Letulle, Maurice, Dilatation kystique des voies biliaires, cholangiectasies congénitales. (Cystische Erweiterung der Gallenwege, angeborene Cholangiektasien.) Presse méd. **21**, S. 97—99. 1913.

Während eine Erweiterung der intrahepatisch gelegenen Gallengänge häufiger ist, findet sich eine angeborene Dilatation der äußeren Gallenwege sehr selten. Letulle gibt genaue Daten über einen operierten und sezierten Fall.

Bei einer 25jährigen Frau entwickelten sich aus völligem Wohlbefinden heraus die Symptome einer Cholangitis. Bei der Palpation fühlte man in der Oberbauchgegend mehr nach rechts übergreifend eine prall elastische, etwas fluktuierende Geschwulst von Zweifaustgröße, die sich mit der Atmung verschob. Bei der Operation, die man in der Annahme eines vereiterten Echinococcus

begann, fand sich eine 4 Liter galliger Flüssigkeit fassende Cyste, die mit der Leber, der Magenhinterfläche und dem Duodenum verwachsen war. Drainage. Das Fieber blieb bestehen. Am 8. Tage kam es zu einer heftigen Blutung in die Cyste, der die Patientin erlag. Die Sektion zeigte, daß es sich um eine enorme Dilatation des Choledochus und der Hepatici handelte. Die Pap. duodenalis war ohne Schwierigkeiten durchgängig. Die histologische Untersuchung zeigte überall normales Epithel und auch an der Papilla keine pathologischen Veränderungen, die etwa auf ein früher vorhanden gewesenes Hindernis hinwiesen. Demnach ist die Erweiterung der Gänge wohl mit Recht als angeboren anzusehen. In dieser Dilatation sieht Verf. auch die Ursache der Cholangitis, da bei eingetretener Infektion die erweiterten Gänge sich ihres Inhalts nicht entledigen konnten. *Brüning* (Gießen).

Pankreas:

Lattes, Leone, Über Pankreasvergiftung. (*Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Turin.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. **211,** S. 1—43. 1913.

Ausgehend von der Tatsache, daß die Todesursache bei Pankreaserkrankungen oder -Verletzungen in der Giftwirkung des Pankreassekrets beruht, daß aber das Sekret an und für sich nicht giftig ist, untersuchte Lattes die Beziehungen, die zwischen dem Auftreten der Giftwirkung des Pankreassekrets und den Änderungen seiner proteolytischen Eigenschaft unter dem Einfluß verschiedener bisher für aktivierend gehaltener Substanzen bestehen. Zunächst experimentierte er mit reinem und mit Darmsekret versetztem Pankresseakret und kam zu dem Ergebnis, daß der Erguß des Pankreassaftes in die freie Bauchhöhle nach Anschneiden des Ductus Wirsungianus- oder die Einspritzung reinen Pankreassaftes, der ja nur sehr langsam seine proteolytische Wirkung entfaltet, keine allgemeine Giftwirkung hervorruft. Spritzte er aber Prankreassaft ein, dessen proteolytische Wirkung durch die Anwesenheit von Darmkinase gesteigert und beschleunigt war, so trat rasch der Tod unter dem bekannten Bilde der Pankreasvergiftung ein. Versuche, durch Versetzen des Pankreassekrets mit Calciumsalzen oder mit Leukocyten aus sterilen Abcsessen oder mit Bakterienkulturen die Vergiftung hervorzurufen, hatten negativen Erfolg. Dagegen stellte er im autolysierten Pankreas das Vorhandensein einer aktivierenden Substanz fest. Es gelang ihm, diese Substanz durch vorsichtiges Erwärmen des autolysierten Pankreas, wobei das proteolytische Ferment vernichtet wird, zu isolieren. Auf diese Weise hergestellte Pankreasextrakte steigerten und beschleunigten (ebenso wie Darmsaft) in vitro die proteolytische Kraft des frischen Pankreassekretes; in vivo riefen sie, mit frischem Sekret eingespritzt, die typischen Pankreasvergiftungserscheinungen hervor.

Für die Pathologie ergibt sich daraus, daß die Pankreasvergiftung von einer (irgendwie entstandenen) Nekrose des Pankreasgewebes abhängig ist, bei dessen Autolyse sich eine das Sekret aktivierende Substanz bildet. Nicht jede Nekrose ist fähig, den tödlichen Ausgang hervorzurufen, sie muß eine genügende Ausbreitung haben und rasch auftreten. Für die gerichtliche Medizin ergeben sich unter anderem folgende wichtige Schlußfolgerungen: Pankreasverletzungen können nur dann als Todesursache gelten, wenn eine Nekrose des Pankreas vorhanden ist und die Symptome der Pankreasvergiftung gefunden werden. Die einfache traumatische Lösung von Pankreasstücken oder Erguß von Pankreassekret in die Bauchhöhle kann nicht als Todesursache betrachtet werden. *Jung* (Straßburg).

Hagedorn, Subcutane Pankreasquetschungen. (*Stadt-Krankenh., Görlitz.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 124—127. 1913.

Hagedorn teilt zwei von Boeters operierte Fälle von subcutaner Pankreasverletzung mit, welche beide durch Überfahrenwerden mit einem Wagen entstanden waren. Ein junger Mann kam mit leichten, unbestimmten peritonitischen Symptomen in Behandlung, die sich nach Magenspülungen zeitweise besserten, so daß erst 17 Tage nach der Verletzung die Laparatomie notwendig wurde. Es fand sich reichlich blutig-seröse Flüssigkeit im Abdomen und zahlreiche Fettgewebsnekrosen im Netz, Mesenterium und den Fettanhängen. Revision des Pankreas ergab keine sichtbaren Verletzungen des Organs. Nach Austupfen des Exsudats und Drainage nebst Tamponade der Bursa omentalis erfolgte Heilung, nachdem eine eitrige Lymphadenitis in der ersten Krankheitswoche eine Incision erfordert hatte. Im zweiten Falle handelte es sich um einen 7jährigen Knaben, bei dem die Symptome nach dem Trauma eine sofortige Laparatomie erforderten, die 24 Stunden später ausgeführt wurde. Auch hier ergab sich derselbe Befund. Zahlreiche Fettgewebsnekrosen, dasselbe Exsudat in geringerer Menge. Am Pankreas war auch hier keine Verletzung nachweisbar. Die Therapie war dieselbe wie im ersten Falle. Auch dieser ging in Heilung aus. Zucker war bei beiden Kranken im Urin nicht nachweisbar gewesen. Verf. nimmt an, daß feine Kapselrisse am Pankreas entstanden waren, aus denen Pankreassekret ausgetreten war. *Nordmann* (Berlin).

Harnorgane:

Bassat et Uleau, Recherches sur l'absorption des gaz par la vessie. (Untersuchungen über die Resorption von Gasen durch die Blase.) Cpt. rend. hebdom. d. séanc. de la soc. de biol. **74,** S. 214—215. 1913.

Verf. untersuchten, wie früher am Magen, jetzt an der Blase die Absorption von Gasen, indem sie beim Hunde Kohlensäure, sowie Chloroform- und Ätherdämpfe einführten, unter manometrischer und allgemeiner Beobachtung der Tiere. Es ergab sich, daß die gesunde Blase keines der genannten Gase oder doch nicht meßbare Mengen derselben absorbiert. *Schmidt* (Würzburg).

Leuenberger, S. G., Du développement de néoplasmes sous l'influence de l'industrie des couleurs synthétiques. (Die unter dem Einflusse der synthetischen Farbenindustrie beobachtete Geschwulstentwicklung.) Sem. méd. **33,** S. 25—26. 1913.

M. Rehn hat die Aufmerksamkeit auf Carcinome bei Arbeitern der Anilinindustrie gelenkt. Bisher fehlten Untersuchungen über die relative Häufigkeit der Blasenkrebse im allgemeinen und bei Anilinfabrikarbeitern im besonderen. Das nach dieser Richtung seit dem Jahre 1861 gesammelte und geprüfte Material in Basel ergab, daß der Blasenkrebs bei Arbeitern der synthetischen Farbindustrie 30 mal so häufig ist, wie beim Rest der übrigen männlichen Bevölkerung. Auch diejenigen Arbeiter, welche die Farben verarbeiten, sind viel häufiger vom Blasenkrebs befallen als die übrige männliche Bevölkerung. Verf. hat 18 einschlägige Fälle untersucht. Das erste klinische Symptom wird im allgemeinen durch Blasentenesmen dargestellt, die schon zu einer Zeit auftreten, wo auch mikroskopisch kaum sichtbare Veränderungen bestehen. Demnach kann man daran denken, daß der Geschwulstbildung eine Reizung der Blasenschleimhaut durch chemische Stoffe vorausgeht. Die Geschwülste sind von verschiedenem Charakter. Bald handelt es sich um Papillome, welche die erste Etappe der Geschwulstentwicklung darstellen und sekundär krebsig werden können, bald um solide Carcinome. In einem Fall lag eine sarkomatöse Entartung des interstitiellen Gewebes vor, in einem anderen war es von vornherein zu einer Sarkombildung gekommen. Diese Geschwülste verhalten sich immer ausgesprochen bösartig. Die meisten der in Rede stehenden Geschwülste sind nur bei Arbeitern gefunden worden, die lange Jahre in der Farbindustrie beschäftigt waren.

Bei der Frage, welche von den zahlreichen verarbeiteten chemischen Substanzen zur Entwicklung dieser Geschwülste führen, konnte eine interessante Feststellung gemacht werden. Obwohl die ersten Anfänge der Farbindustrie in Basel bis auf das Jahr 1859 zurückgehen, sind die fraglichenBlasenkrebse erst im Anfang dieses Jahrhunderts aufgetreten. Dies stimmt überein mit dem Zeitpunkt, in welchem neue chemische Prinzipien in die Fabrikation eingeführt wurden, d. h. als man anfing, bei der Fabrikaton bestimmter Farben von aromatischen hydroxylierten Substanzen, die in ihrer Formel ein Stickstoffmolekül haben, hauptsächlich vom Paramidophenol, auszugehen. Diese Gruppe von chemischen Substanzen scheint bei der Entwicklung der Blasentumoren die Hauptrolle zu spielen. Die in Rede stehenden Tumoren stützen die von Virchow für die Ätiologie der Geschwülste inaugurierte Reiztheorie, sie sprechen gegen die parasitäre Theorie. Die besagten Beobachtungen zeigen vor allem, daß auf entzündlicher Basis entstandene Papillome eine große Neigung zu krebsiger Entwicklung haben, daß zum Carcinom noch eine Sarkomentwicklung hinzutreten kann, und daß unter ganz ähnlichen Bedingungen bald ein Carcinom, bald ein Sarkom entsteht. Interessant ist, daß die Beeinflussung der Zellen durch die chemischen Substanzen monate-, auch jahrelang latent bleiben kann und oft erst zur Geschwulstbildung führt, wenn der Geschwulstträger schon lange nicht mehr mit den schädlichen chemischen Stoffen in Berührung gekommen ist.

Bis jetzt waren die prophylaktischen Maßnahmen nicht sehr wirksam. Es ist daher für die wirksame Bekämpfung des Übels notwendig, daß es früh erkannt und frühzeitig behandelt wird. Blasenreizungen, vorübergehende Anfälle von Hämaturie sind Symptome, welche eine gründliche cystoskopische Blasenuntersuchung indizieren, um das Übel eventuell im Frühstadium chirurgisch angreifen zu können. Dies ist um so notwendiger, als die in Rede stehenden Geschwülste durch eine

recht erhebliche Bösartigkeit ausgezeichnet sind und die Mehrzahl der bisher operierten Geschwülste rezidiviert sind. *Konjetzny* (Kiel).

Ferulano, Giuseppe, Sui tumori epiteliali della vescica. (Über die epithelialen Blasengeschwülste.) (*Istit. di istol. patol., univ. Napoli.*) Gaz. internaz. di med. chirurg. ig., S. 25—31 u. 57—63. 1913.

Überblick über die historische Entwicklung der Kenntnisse der Blasengeschwülste und Ätiologie. Ursachen zurzeit noch nicht sicher geklärt. Angegeben werden als solche chronische Blasenreizungen durch Katarrhe und die Leukoplasie der Blase. Letztere stellt eine chronische Entzündung vor, bei der die Blasenschleimhaut mit vierschichtigen, aus dem Epithel der Blasenschleimhaut zusammengesetzten Plaques bedeckt ist. Zuweilen kommt es hierbei aber unter Alteration der Epithelzellen zu einer Umwandlung in neoplastisches Gewebe, aus der sich das Cancroid entwickelt. Pathologisch-anatomisch teilt Verf. die Blasengeschwülste ein in I. typische Epitheltumoren mit exogener Epithelbekleidung (Papillome), II. typische Epitheltumoren mit endogener Epithelauskleidung (Adenome), III. atypische Epitheltumoren, und zwar 1. Epitheliome und 2. Carcinome. Gruppe I und II repräsentieren die gutartigen Geschwülste, können sich aber in die malignen der Gruppe III umwandeln. Die atypischen Epitheltumoren der Gruppe III bilden gewöhnlich nicht einen circcumsripten, sondern mehrere an den verschiedenen Stellen der Blasenwand gelegene Knoten. Im Gegensatz zu den gutartigen Geschwülsten liegen sie mehr in der Nähe der Ausführungsgänge der Blase und greifen auf die Harnröhre und die Harnleiter über, entweder ragen sie in die Blasenhöhle hinein, oder sie liegen flach infiltriert in der Wand. Die Epitheliome bestehen aus Platten- oder seltener aus Zylinderepithel, bei den ersteren ist das Stroma sehr gering. Die Carcinome trennt Ferulano in alveoläre, epidermische (Cancroide) und corio-epitheliale. Klinisch unterscheidet er funktionelle Anzeichen (Hämaturie, Schmerzen, Blasenentzündung und Störungen bei der Harnentleerung) und physische (Palpation der Bauchdecken, rectale und vaginale Befunde, Katheterismus und Cystoskopie). Der Verlauf der Blasengeschwülste ist schleichend, wegen der Armut der Blase an Lymphgefäßen werden die Lymphdrüsen ziemlich spät befallen. Die beste Behandlung besteht naturgemäß in möglichst frühzeitiger Ausschneidung der Geschwulst, von der Fulguration hält Verf. nichts. *Herhold* (Hannover).

Männliche Geschlechtsorgane:

Durand, M., J. Nicolas et M. Favre, Lymphogranulomatose inguinale subaiguë d'origine génitale probable, peut-être vénérienne. (Subakute Lymphogranulomatose der Inguinaldrüsen wahrscheinlich genitalen, vielleicht venerischen Ursprungs.) (*Hosp. de l'antiquaille de Lyon.*) Prov. méd. **26,** S. 55 bis 59. 1913.

Nach kurzem Überblick über die Literatur geben die Autoren eine allgemeine Studie. Zuerst wird der allgemeine klinische Verlauf kurz geschildert. Nach Ablauf fast immer nachweisbarer kleiner Ulcerationen am Penis treten schmerzhafte, sich meist schnell entwickelnde Drüsenschwellungen in der Inguinalgegend auf. Der weitere Verlauf ist ein sehr chronischer. Werden Incisionen gemacht, so findet man einzelne Drüsenabscesse, die zu lange dauernden Fistelbildungen führen. Eine Radikalheilung ist fast nur durch Exstirpation en bloc möglich. Pathologisch-anatomisch findet man fast in allen Fällen durch Periadenitis vereinigte, spezifisch veränderte Lymphknoten, die unregelmäßig begrenzte sternförmige Abscesse aufweisen. Außerdem gummaähnliche Bildungen, Epitheloidzellen und Riesenzellen. Es wurden niemals Verkäsungen oder Verkalkungen beobachtet. Die gummösen Formen unterscheiden sich histologisch wesentlich von den syphilitischen. Die Gefäße sind von Anfang an mitbeteiligt und of tobliteriert. Mikroskopisch findet sich eine charakteristische Polymorphie des Drüsenparenchyms. Die Kerne der Riesenzellen sind entweder nach Langhans oder gleichmäßig im Protoplasma der Zelle verteilt. Die bakteriologchen Untersuchungen hatten niemals ein positives Resultat. Da also weder im klinischen Verlauf, noch pathologisch-anatomisch, noch bakteriologisch eine Übereinstimmung mit anderen Drüsenerkrankungen festzustellen ist, ist die Erkrankung als eine spezifische Infektion anzusehen. *Kleinschmidt* (Leipzig).

Lenartowicz, J. T., Ein Fall von isolierter primärer Gonorrhöe eines akzessorischen Ganges am Penis. (*Univ.-Inst. f. pathol. Anat., Lemberg.*) Dermatol. Wochenschr. **56,** S. 97—103. 1913.

In einem in toto exzidierten kleinen Epithelgang der Penishaut an der Eichel werden,

ohne daß die Urethra erkrankt war, reichlich Gonokokken im Epithel und in den Leukocyten nachgewiesen. *Linser* (Tübingen).

Harrison, L. W., and G. J. Houghton, Preliminary note on the treatment of gonorrhoea with heated bougies. (Vorläufige Mitteilung über die Behandlung der Gonorrhöe mit erhitzten Bougies.) Journal of the roy. army med. corps **20,** S. 135—138. 1913.

Verff. behandeln die Gonorrhöe in frischen wie älteren Fällen mit Sonden, die mit 45—50° heißem Wasser durchspült sind. Die Schmerzhaftigkeit sei nicht wesentlich, der Krankheitsverlauf bedeutend abgekürzt durch rasches Verschwinden der Gonokokken und Abklingen in Form einer einfachen Urethritis ohne Komplikationen. *Linser* (Tübingen).

Maugeais, Georges, La prostatectomie transvesicale ou opération de Freyer. (Die transvesikale Prostatectomie oder die Freyersche Operation.) Année méd. de Caen **38,** S. 6—11. 1913.

Beschreibung der typischen Prostatektomie nach Freyer. Veröffentlichung eines eigenen Falles von transvesikaler Prostatektomie einer Prostata von 255 g Gewicht. *Leuenberger.*

Marion, G., La réparation de l'hypospadias. (Die Heilung der Hypospadie.) L'enfance **1,** S. 7—27. 1913.

Von den verschiedenen Methoden will Verf. nur die von Duplay und die von Ombredanne als aussichtsvoll anerkennen. Nach der ersteren hat er 19 Fälle operiert mit 17 vollen Erfolgen. Die Methode nach Ombredanne hat sich ihm gleichfalls bewährt und kommt hauptsächlich für die penilen Formen in Betracht. Sie hat außerdem den Vorzug, daß sie schon in früherem Kindesalter angewandt werden, während die Duplaysche Methode nicht vor einem Alter von 7—8 Jahren ausgeführt werden kann. Bei der Ausführung der Operation warnt er vor der Anwendung von Jodtinktur zur Desinfektion (17 Abbildungen). *Stettiner* (Berlin).

Weibliche Geschlechtsorgane:

Calatayud Costa, C., La radiothérapie des fibro-myomes utérins. (Radiotherapie der Uterusmyome.) Ann. d'électrobiol. et de radiol. **15,** S. 793—828, 1912, **16,** S. 40—63. 1913.

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Petroff, N., Freie Knochentransplantation. Teil 6: Freie Transplantation der langen Extremitätenknochen. Weljaminows Archiv für Chirurgie **28,** S. 883—917. 1913. (Russisch.)

In der vorliegenden Arbeit, welche das Schlußkapitel einer größeren Monographie, welche gleichfalls in Weljaminows Archiv erschienen ist, darstellt, bespricht Verf. die Anwendung der freien Transplantation bei den verschiedensten Defekten der langen Röhrenknochen, und begründet seine Schlußfolgerungen durch eigene Erfahrung und ein ausgiebiges Literaturstudium.

Bei der Behandlung von Knochenhöhlen empfiehlt sich strenge Individualisierung. Kleine hartnäckige Fistelhöhlen sind durch Einspritzungen der Beckschen Bismutsalbe zu behandeln; bei kleinen, leicht zu reinigenden Höhlen der Epi- und Metaphysen empfehlen sie Transplantationen von kleinen Knochenteilen — toten oder lebenden Knochen —, desgleichen von Fett, resp. Lipomgewebe, oder auch die Plombierung nach Mosetig. Bei größeren Höhlen der Diaphysen ist es am gebotensten, die eine Knochenwand zu entfernen und in den Defekt Muskel oder Haut einzuschlagen. Bei sehr großen Höhlen sind die verschiedenen Methoden der gewaltsamen Annäherung der Knochenränder am Platze. — In den Fällen von traumatischen und pathologischen Defekten der Röhrenknochen empfiehlt sich die Osteoplastik lebender Knochen, möglichst vom selben Kranken. Dieselbe gibt scheinbar auch in den Fällen, in welchen es sich um posttraumatische Pseudoarthrosen handelt, bessere Resultate als die Knochennaht. Die Transplantation größerer Knochenteile ist natürlich nur möglich, wenn keine Infektion vorliegt und auch verhältnismäßig wenig Narbengewebe vorhanden ist. Ist dieses aber der Fall, so sind lieber einzelne kleine Knochenteile zu transplantieren, oder bei Mißerfolgen bei der letzteren Methode in den Gegenden mit paarigen Knochen die Operation nach Hahn oder Poirier auszuführen. Statt der Knochenstifte, die ihren Zweck häufig nicht

erfüllen, empfiehlt sich bei geringfügigen Defekten die Einbettung des transplantierten Knochens in eine Rinne, welche zu dem Zweck an beiden Knochenabschnitten eingemeißelt wird. Bei operativen Defekten der Röhrenknochen ist die Autoplastik geboten. — In dem Abschnitt über die freie Osteoplastik an Gelenken ist die Erwähnung einer Arbeit von Penski interessant, welcher schon vor 20 Jahren die Transplantation von halben und ganzen Gelenken (allerdings ohne Gelenkkapsel) experimentell bearbeitet hat (Dissertation Charkow 1893). Statt der technisch sehr schwierigen Gelenktransplantation empfiehlt Petrow die Interposition verschiedener anderer Gewebe zwischen die resezierten Knochenabschnitte: an der oberen Extremität die schon längst bekannte Transplantation von Periost, Fett- oder Knochenplatten, am Knie die Interposition der Fascia lata nach Payr. *Hesse* (St. Petersburg).

Charbonnel M., et A. Parcelier, Résection et ostéoplastie dans le traitement des pseudarthroses (15 observations). (Resektion und Osteoplastik in der Behandlung der Pseudarthrosen (15 Beobachtungen). Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Bordeaux **34,** S. 73—80. 1913.

Bei der Behandlung von Pseudarthrosen kann man sich 4 Möglichkeiten vorstellen: a) es genügt, die Hindernisse für die Annäherung der Knochenenden (z. B. Interposition von Muskeln oder Sehnen) zu beseitigen und die lebensfähigen, fast normalen Fragmente aneinanderzulegen, man braucht nur unter möglichster Schonung des Periosts die Bruchenden etwas anzufrischen, die Resultate sind meist sehr gute. 6 eigene Beobachtungen. b) Um gesundes Knochengewebe vor sich zu haben, bedarf es einer Resektion an beiden Enden. Diese Möglichkeit tritt besonders dann auf, wenn bei etwas älteren Fällen der Knochenmarkkanal schon obliteriert ist; hierbei braucht man sich bei der oberen Extremität vor einer ev. nötigen Verkürzung von 2—3 cm an jedem Ende nicht zu fürchten, dagegen darf an der unteren Extremität die Verkürzung 2 cm nicht übersteigen. 4 eigene Beobachtungen mit sehr guten Resultaten. c) Trotz der Resektion wird die Zone gesunden Knochengewebes nicht erreicht, da sonst die eben genannten Grenzen der Verkürzung überschritten werden. Die 4 hierher gehörigen Fälle sind gerade dadurch von Interesse, daß stets die Resultate schlechte oder gleich Null waren, weil der Markkanal nicht eröffnet und die unter d) beschriebenen Knochentransplantationen nicht angewendet wurden. Beweisend für diese Anschauung ist der letzte Fall (d), bei dem die gleichen Verhältnisse vorlagen, der aber nach Aufpflanzung eines frei transplantierten Knochen-Periost-Lappens auf die Oberfläche als Ersatz des an der Bruchstelle verloren gegangenen Periostes trotz unvollständiger Resektion zu anatomischer und funktioneller Heilung führte. Schließlich wird noch die totale Knochentransplantation, wie sie bei ausgedehnten Substanzverlusten, vor allem an der Tibia statthat, besprochen, ohne eigenen Fall. Für die Praxis geben die Verff. den Ratschlag, daß man vor jeder Operation einer Pseudarthrose sich die Einwilligung des Patienten zu einer Transplantation aus der gesunden Seite geben lassen soll. *Valentin* (Berlin).

Grune, Otto, Die moderne Bardenheuersche Extensionsbehandlung im Vergleich zur Steinmannschen Nagelextension. (*Akad. f. prakt. Med., Köln a. Rh.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 81—100. 1913.

Verf. rühmt die Bardenheuerschen Extensionsverbände gegenüber der Steinmannschen Nagelextension, der er weder bei komplizierten noch veralteten Frakturen einen Vorzug zuerkennen will. An einigen Fällen zeigt er, wie man mit Heftpflasterzugverband auch in den schwierigsten Lagen gute Resultate erzielen kann. Verf. geht ganz kurz auf 2 Fälle von Unterschenkelgangrän bzw. von Ischämie ein, die von anderer Seite der Extensionsmethode zur Last gelegt werden. Er vermißt die Angaben, ob sich nicht eine Intimaruptur gefunden habe. Es ist zu empfehlen, bei jeder starken Schwellung sich von der Höhe der Pulswelle zu überzeugen, da eine Differenz beider Seiten auf Intimaverletzungen hinweist. Man soll dann mit dem Anlegen eines Verbandes warten. Ziemlich kursorisch werden die einzelnen Arten der Streckverbände besprochen, die jetzt fast alle in Flexionsstellung der Gelenke angelegt werden. Bei Unterschenkelbrüchen wird neben einem Längszug am ganzen Bein der Stiefelzug nach Rücker angelegt. Bei Oberschenkelfrakturen wird durch den Kniezug nach Grune eine Einwirkung auf das untere Fragment zu erreichen gesucht. Man kommt dann mit einer Belastung von 8—9 kg aus. Bewegungen

können sehr bald ausgeführt werden. Verf. verweist übrigens für nähere Einzelheiten auf verschiedene andere Arbeiten aus der Bardenheuerschen Klinik. Erwähnt sei, daß von 41 Schenkelhalsfrakturen nur 3 eine Verkürzung von $^1/_2$—1 cm aufwiesen, die erst später bei der Belastung sich gebildet hat. *Brüning* (Gießen).

Obere Gliedmaßen:

Thomas, T. Turner, The reduction of old unreduced dislocations of the shoulder. (Die Reposition veralteter Schulterluxationen.) Ann. of surg. **57,** S. 217—243. 1913.

Nachdem Verf. auf die verschiedenen Ansichten und experimentellen Erfahrungen (Kocher) über die Ursache der Schwierigkeiten bei der Reposition veralteter Schulterluxationen eingegangen ist, — er legt besonderes Gewicht auf die narbigen Veränderungen des Kapselrisses, — beschreibt er die von ihm geübte Methode der Reposition. Es wird zunächst nach gründlicher Mobilisierung des luxierten Kopfes der Arm in starker Abduktion extendiert, wobei der von Allis für die Hüftluxation angegebene Apparat auch am Arm Anwendung findet. Dann wird durch den Druck von unten auf den Kopf derselbe in die Pfanne zurückgebracht. Die Erfolge in den von T. beschriebenen 5 Fällen sind recht gute. T. glaubt sich auf Grund seiner Erfahrung zu der Ansicht berechtigt, daß die operative Behandlung veralteter Schulterluxationen keine sehr günstige Prognose für die Gebrauchsfähigkeit der Arme gibt (1 Fall). Auch in veralteten Fällen von Schulterluxationen hält er die unblutige Reposition für das bessere Verfahren, nur muß der Reposition eine ausgedehnte Mobilisierung des luxierten Kopfes vorangehen. Einige Abbildungen erläutern das im übrigen nicht neue Verfahren. *Creite* (Göttingen).

Bogoras, N., Eine Methode der Plastik des Ellenbogengelenkes bei veralteter Luxation desselben nach hinten. Weljaminows Archiv für Chirurgie **28,** S. 877 bis 882. 1913. (Russisch.)

Verf. schlägt eine neue Methode der Behandlung veralteter Luxationen des Ellenbogengelenkes mit Fraktur des Proc. coronoideus vor, welche vor allem den Zweck verfolgt, den häufigen Rezidiven — sogar nach blutiger Einrenkung — vorzubeugen. Ein weiterer Vorzug der neuen Methode ist der, daß verhältnismäßig früh mit Bewegungsübungen begonnen werden kann, wodurch naturgemäß ein gutes funktionelles Resultat erzielt wrid.

Die neue Methode besteht in folgendem: Eröffnung des Ellenbogengelenkes durch den Ollierschen Bajonettschnitt, bei welchem der Nerv. ulnaris und der hintere Zweig des Radialis lateralwärts liegen bleiben. Der Schnitt muß derart geführt werden, daß der horizontale Teil an der Spitze des Olecranon liegt. In diesem horizontalen Teil des Schnittes wird das Olecranon an seinem oberen Ende quer durchschnitten, und beim Beugen des Armes im Ellenbogengelenk zeigt sich in der Wunde die Gelenkfläche der Ulna. Auf dieser Fläche wird nun mit einem Hohlmeissel eine quere Nische geschaffen, in welche dann die Gelenkfläche des Humerus eingebettet wird. Darauf wird der abgetrennte Teil des Olecranon durch Drahtnaht bei maximaler Streckung an seiner Basis befestigt; hierauf Fixationsverband unter einem Winkel von 60°.

Wie aus der beigefügten Röntgenaufnahme ersichtlich, zeigt das Gelenk ein fast normales Aussehen. In den beiden nach dieser Methode operierten Fällen wurde eine Beweglichkeit bis zu 90° erzielt. Streckwinkel bis 135°, Beugewinkel — 45°; Pronation und Supination 75°. *Hesse* (St. Petersburg).

Untere Gliedmaßen:

Lejars, F., Les ostéomes pré-coxaux. (Die Osteome vor dem Hüftgelenk.) Sem. méd. **33,** S. 73—76. 1913.

Beschreibung dreier Fälle von ausgedehnter, tumorartiger Knochenneubildung im Bezirk des Hüftgelenkes; bei 2 von ihnen war eine Schenkelhalsfraktur vorausgegangen. Lejars unterscheidet 1. Osteome, die vom Knochen (Frakturstelle) gebildet werden; 2. Myosteome, die in der Muskulatur (psoas, rectus anterior, adductor) ihren Ursprung nehmen und mit dem Knochen sekundär in Verbindung treten; 3. solche wie sub 2., die aber isoliert bleiben. Regelmäßig ist bei all diesen Osteomen ein Trauma vorausgegangen, das aber oft lange zurückliegt. Es kann sowohl eine einfache Kontusion wie eine Fraktur, auch eine Luxation gewesen sein.

Das Wachstum des Tumors geht sehr langsam vor sich, bei der Entdeckung hat er meist schon lange bestanden. Er liegt entweder im Scarpaschen Dreieck, subinguinal, oder er folgt dem Psoas in die Fossa iliaca hinein. In letzterem Falle bewirkt er eine starke Flections-, auch eine Adductionsbeschränkung. Die operative Beseitigung des Osteome hat wie in den 3 Fällen von L. so radikal wie möglich zu geschehen, wenn angängig in einem Stück, sonst nach Zerstückelung. Schwierigkeiten hat namentlich das Aufsuchen des nach dem Knochen hinführenden Stieles gemacht. *Bergemann* (Berlin).

Martinez, A., De una forma bastante frecuente y mal estudiada de la coxalgia. (Über eine ziemlich häufige, jedoch wenig bekannte Coxitis.) Revista ibero-americana de ciencias médicas **29**, S. 36—45. 1913. (Spanisch.)

Diese bei Kindern vorkommende Erkrankung wird als abortive oder intermittierende Coxitis bezeichnet. Sie äußert sich anfänglich durch zeitweise auftretendes Hinken und leichte Schmerzen in der Leiste und im Kniegelenk, die vorwiegend nach größeren Anstrengungen auftreten, um nach dem Ausruhen völlig zu verschwinden. Im Lauf der Zeit stellt sich das Hinken regelmäßiger ein. Objektiv ist dann eine Verkürzung im Schenkelhals festzustellen, verbunden mit geringer Beschränkung der Abduktion, ohne daß eine Stellungsanomalie des Gliedes besteht. Röntgenologisch ist der Schenkelhals der erkrankten Seite kürzer und plumper als der der gesunden, die Gelenklinie ist manchmal leicht verwischt und der Femurkopf breiter als normal. Im allgemeinen besteht weder Coxa va:a noch valga. Anatomisch-pathologisch nimmt Verf. eine deformierende, teilweise hypertrophische Osteitis an. Der entzündliche Prozeß bewirkt nach Beobachtungen Martinez' eine sehr baldige Verknöcherung der oberen Epiphysenlinie. Ätiologisch ist die Tuberkulose hauptsächlich in Betracht zu ziehen. Therapeutisch kommt man mit Bettruhe und entlastenden orthopädischen Apparaten aus. *Lazarraga* (Marburg a. L.).

Ewald, Paul, Die Ursachen des Knick- und Plattfußes. (*Orthop. Inst. von Dr. Ottendorff und Dr. Ewald, Hamburg-Altona.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121**, S. 1—40. 1913.

Verf. hält die bisher übliche Einteilung in angeborenen, statischen, rachitischen, paralytischen und traumatischen Plattfuß nicht für gut und schlägt eine Einteilung nach dem Ort der primären Schädigung oder der Schädigung selbst vor, wie folgt: A. Das Bein, insbesondere der Unterschenkel sind durch Erkrankung oder Verletzung dergestalt verändert, daß die Tibiagelenkfläche und damit notwendig auch die Talusrolle nicht mehr parallel der Auftrittsebene steht, oder daß der Fuß nicht richtig in der Malleolengabel steht. (Primär nur Knickfuß). 1. Angeborene Anomalien: a) Totaler oder partieller Fibuladefekt (Volkmannsche Sprunggelenksmißbildung). Therapie: Geradrichten des Fußes, Schienenhülsenapparat. 2. Erworbene Anomalien: a) Hochgradiges Genu valgum oder Valgität des Unterschenkels nach Rachitis oder schlecht geheiltem Bruch. Therapie: Korrektur der Deformität am Knie oder am Tibiaschaft. b) Vermehrtes Längenwachstum der Tibia (z. B. nach Osteomyelitis). c) Empyem des Talocruralgelenkes (Tuberkulose, Scharlach usw.). d) Zerstörung bzw. Erweichung des Malleolus externus (Tuberkulose, Lues, u. a.). b—d Therapie: Osteotomie der Tibia oder Fibula und nachfolgende Korrektur. e) Malleolarfrakturen in ihren verschiedensten Formen. Therapie: Exakte Reposition der Frakturstücke und sorgfältige Retention im Verbande. Keine zu frühzeitige funktionelle Behandlung (sofern mit ihr Belastung des Fußes verbunden ist), damit sich ein festes Gefüge der Malleolengabel ausbilden kann. B. Die Fußwurzelknochen sind infolge einer Knochen-, Bänder-, Muskel-, Nerven- oder Hauterkrankung oder Verletzung in ihrer Form oder Lage zueinander so verändert, daß ein Knick- oder Plattfuß entsteht. 1. Angeborene Stellungs- oder Formanomalien der Fußwurzelknochen. a) der angeborene, kontrakte Plattfuß. Therapie: Redressement und Gipsverband. b) Angeborene Mißbildung des Naviculare. Therapie: Einlage und innen hochgesohlte Stiefel. c) Exzessive Kahnbeinvergrößerung. d) Os tibiale externum; c und d machen meist keine Beschwerden. Durch geeignetes Schuhwerk läßt sich der Schönheitsfehler verdecken. 2. Erworbene Formanomalien der Fußwurzelknochen. a) Talusexstirpation. Therapie: Versuch durch Osteotomie und Gipsverband einen schmerzlosen und guten Gang zu erreichen. b) Fußwurzeltuberkulose. Therapie: Zuerst konservative Fixations- und Entlastungsbehandlung; wenn ohne Erfolg, Exstirpation der erkrankten Partien, im äußersten Falle Amputatio. c) Tabische Arthropathie. Therapie: In den schwersten Fällen mit Malum perforans kann man zur Amputation gezwungen werden. d) Fußwurzelbrüche, isolierte und multiple. Therapie: Medicomechanische Maßnahmen, Bindenwicklungen, Entlastung der schmerzhaften Stellen durch Einlagen, geeignetes Schuhwerk, im Notfalle entlastender Schienenhülsenapparat. e) Luxation im Lisfrancschen Gelenk. Therapie: Reposition mit Nachbehandlung. 3. Erworbene Stellungsanomalien der Fußwurzelknochen. a) Der statische Knick- und Plattfuß. Therapie: Ruhe, warme und heiße Luft, Massage, Bewegungsübungen, richtiger Sohlenschnitt, für jeden Fuß besonders gefertigte Einlagen, Vermeidung von Überanstrengung. b) Plattfuß nach Klumpfußredressement (heilt meist von selbst). c) Pes valgus und planus bei Kinderlähmung und spastischer Gliederstarre. Therapie: Sehnenplastik, Tenotomie, Einlagen, eventuell Stoffelsche Operation. d) Narbenretraktion der Haut oder der subcutanen Gewebe. *Engelhard* (München).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete
Band I, Heft 8 S. 281—312

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Whiting, A. D., Conservatism in surgery. (Konservativismus in der Chirurgie.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 423—427. 1913.

Verf., selbst Chirurg, befürwortet ein mehr konservatives Vorgehen in der Chirurgie und macht allgemeine Ausführungen über präzise Indikationsstellung unter besonderer Berücksichtigung des ganzen Krankheitsverlaufs in jedem Einzelfalle.

Hoffmann (Dresden).

Welch, J. E., Normal human blood serum in the treatment of hemorrhagic diseases of infants and children. (Normales menschliches Blutserum bei der Behandlung von hämorrhagischen Diathesen bei Säuglingen und Kindern.) New York med. journal **97,** S. 125—128. 1913.

Das Serum hat den Vorteil, daß es ohne Gefahr der Anaphylaxie in großen Mengen lange Zeit hindurch angewendet werden kann. Welch hat bis zu 4 Litern in 12 Monaten bei demselben Patienten subcutan injiziert und sich in zahlreichen Fällen von der prompten blutstillenden Wirkung überzeugt. 4 Krankengeschichten werden zur Erläuterung angeführt. Entgegen der herrschenden Vorstellung, daß das Fehlen der, das Proferment des Thrombins aktivierenden Substanz, der „Thrombokinase" die mangelnde Gerinnungsfähigkeit des Blutes verursacht, glaubt W. den Grund dafür in einer gestörten Stoffwechselbilanz der Gefäßendothelien suchen zu müssen. Diese Störung wiederum wird durch Autointoxikation vom Intestinaltractus her erklärt. *Mendelsohn* (Straßburg).

Marie, René, et H. Rouèche, Hémoglobinurie chez un enfant. Injections de sérum antidiphtérique. Guérison. (Hämoglobinurie bei einem Kind. Injektionen von Diphtherieheilserum. Heilung.) Paris méd. S. 246—248. 1913.

Bei einem 6jährigen Knaben erzielten die Verff. durch 3malige Injektion von je 10 ccm Diphtherieheilserum Heilung einer anfallsweise auftretenden Hämoglobinurie und Albuminurie. Die Ätiologie war ungeklärt. *Posner* (Heidelberg).

Henrijean, Le camphre. Action sur le cœur, action sur les vaisseaux, action sur la respiration, action sur le système nerveux, action sur la sécrétion sudorale, posologie. (Der Campher. Seine Wirkung auf das Herz, die Gefäße, das Nervensystem, die Schweißsekretion; seine Dosierung.) Prov. méd. **26,** S. 4—6. 1913.

Das Tierexperiment hat ergeben, daß am normalen Herzen eine Wirkung des Camphers nicht oder kaum beobachtet wird, daß dagegen die Wirkungen eklatante werden, sobald es sich um pathologische Herzen handelt, die durch Infektion, Intoxikation oder elektrischer Reizung alteriert sind, diese Tatsache wird an der Hand experimenteller Versuche in der Literatur näher erörtert. Es ist demnach bei Herzkollaps infolge akuter oder chronischer Erkrankung Campherverabreichung indiziert, wodurch der Blutdruck erhöht und der Puls verstärkt wird. Bei zu starker Intoxikation jedoch kann die günstige Wirkung ausbleiben infolge zu geringer Resorption, die auf den zu geringen Blutdruck zurückzuführen ist. Es soll deshalb das Medikament sehr früh und in reichlichen Dosen verabreicht werden, so vor allem bei Diphtherie, Pneumonie und Influenza. Über die Wirkung auf die Gefäße gehen die Ansichten der Autoren auseinander, jedoch ist auch hier unter krankhaften Veränderungen ein günstiger Einfluß nicht zu verkennen; wie Tierexperimente ergeben haben. Bezüglich der Atmung haben einige Autoren eine Beschleunigung, andere eine größere Vertiefung gesehen. Diese Tatsache beruht auf der Umsetzung des Camphers in Oxycampher. Letzterer bewirkt eine Verlangsamung und Vertiefung der Atmung. Je nach der Schnelligkeit der Resorption wird das eine oder das andere Bild vorherrschend sein. Auch ist die Dauer der Atempause nach Oxycampher eine größere, indem er die Sensibilität des Atmungszentrums herabsetzt. Das Nervensystem weist beim Kaltblüter andere Verhältnisse auf als beim Warmblüter. Während beim Kaltblüter das Nervensystem gelähmt wird, wird dasselbe beim Warmblüter gereizt. In mittleren

Dosen dem Menschen verabreicht, tritt eine Beschleunigung des Pulses, Rötung des Gesichtes, Schwindelgefühl und Kopfschmerz auf; diese Erscheinungen steigern sich bei großen Dosen zu Leibschmerzen, Aufregungszuständen, Halluzinationen, Krämpfen und Kollaps, der aber nicht tödlich endet. Schließlich wäre noch die sedative Wirkung auf das Genitalsystem zu erwähnen. Auf die Schweißsekretion wirkt der Campher befördernd, der Oxycampher hemmend ein. In alkoholischer Lösung wird er als Hautreizmittel verwandt, ohne jedoch Entzündungserscheinungen zu machen. Im Organismus zu Oxycampher verwandelt, wird er als Glykoroncamphersäure oder als Harnstoffcampherglykoronsäure ausgeschieden. Seine Verwendung findet er als Pulver oder Campheröl; letzteres in 10proz. Lösung 1—2 Spritzen mehrmals täglich. Üble Zufälle in Dosen von 2 g 50mal pro die sind beobachtet worden. In Verbindung mit Carbolsäure und Thymol wird er in der zahnärztlichen Praxis verwendet. *Vorschütz* (Köln).

Dobrowolskaja, N., Über den klinischen Wert des Scharlachrot und Amidoazotoluol. (*Städt. Obuchow-Krankenh., St. Petersburg.*) Bruns Beitr. zur klin. Chirurg. **83**, S. 127—134. 1913.

Vergleichende, mit Messung verbundene Beobachtungen an rein granulierenden Wunden, die teils mit Scharlachrot- bzw. Amidoazotoluolsalbe, teils mit indifferenten Salben oder trockenen Verbänden behandelt wurden, ergaben keinen Vorteil der Behandlung mit Scharlachrot- bzw. Amidoazotoluol. *Hoffmann* (Greifswald).

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Becker, G., Bericht über 60 konservativ behandelte Fälle von menschlichem Milzbrand. Allg. Wien. med. Zeit. **58**, S. 73—74. 1913.

Bericht über 60 Fälle von menschlichem Milzbrand (auf der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Hamburg-Eppendorf, Hofrat Sick, behandelt). Bei fast allen war die Ursache der Erkrankung festzustellen, bei allen war der Milzbrand an von der Kleidung nicht bedeckten Körperstellen lokalisiert. Meist handelte es sich um die klinisch leicht zu diagnostizierende Milzbrandpustel, nur in wenigen Fällen um Milzbrandoedem, bei dem die sichere Diagnose erst durch die stets vorgenommene bakteriologische Untersuchung gestellt werden konnte. Bei den ungünstig ausgegangenen Fällen (Mortalität ist nicht angegeben) erfolgte der Tod stets unter dem Bilde der Milzbrandsepsis, bei der immer reichlich Milzbrandbacillen im Blute nachweisbar waren. Die Prognose ist daher außer durch die Schwere der klinischen Erscheinungen durch die Anwesenheit der Bacillen im Blute als ungünstig zu stellen. Die Behandlung war eine streng konservative, durch die es gelang, alle Kranken, bei denen bei der Einlieferung noch keine Bacillen im Blute nachweisbar waren, zu heilen. Bei schon bestehender Blutinfektion, bei der bisher die Prognose absolut infaust war, wird vom Verf. Milzbrandserum und Salvarsan empfohlen, mit denen es gelang, je einen Kranken am Leben zu erhalten. *Fromme* (Göttingen).

Kocher, Theodor, Weitere Beobachtungen über die Heilung des Tetanus mit Magnesiumsulfat. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte **43**, S. 97—105. 1913.

Ausführliche Mitteilung über drei weitere schwere Tetanusfälle, die mit intraduraler Injektion von Magnesiumsulfat behandelt wurden. Zwei Fälle kamen zur Genesung.

Im dritten Falle handelte es sich um ein 5½jähriges Kind mit Ablederung der Vola manus, eine Verletzung, die bei achttägiger Inkubation einen außerordentlich günstigen Nährboden für die Entwicklung der Tetanusbacillen abgab. Infolgedessen kam es hier zu einer raschen Ausbildung des Tetanus in schwerster Form, bei der besonders Kopf, Rücken und Thoraxmuskulatur vom Krampfe befallen wurden. Bei der Autopsie fand sich als mitwirkende Todesursache eine Thrombose des Sinus longitudinalis, des linken Sinus transverus, der oberflächlichen Hirnvenen an der Konvexität und der Äste einer Lungenvene des rechten Unterlappens. Eine sich bis in die Stammbronchien fortsetzende Tracheitis necrotica ist als die Folge einer lokalen Schädigung durch die bei bedrohlichem Atmungsstillstand vom Verf. angewandte Sauerstoffinsufflation von einer Tracheotomiewunde aus zu betrachten.

Zur Injektion wurden 2—10 ccm einer 15proz. Magnesiumsulfatlösung je nach Alter der Patienten und Stärke der Krampfanfälle verwandt. Bisweilen waren mehrere Injektionen an einem Tage erforderlich. Die Injektion ist indiziert bei dem Auftreten von Krampfanfällen, bei kontinuierlicher Starre nur dann, wenn durch die Beteiligung der Kehlkopf-, Bauch- und Thoraxmuskulatur die Atmung stark beein-

trächtigt ist. Aufhören der Krämpfe, Erschlaffung und Schlaf trat in den beobachteten Fällen nach kurzer Zeit, bisweilen nach einigen Minuten auf. Die Wirkung der intraduralen Magnesiumsulfatinjektionen beruht auf lokalen Vorgängen. Die Lagerung des Patienten hat einen großen Einfluß auf die Art der Ausbreitung, so daß bei Horizontallage oder Tieflagerung des Kopfes sehr bald tiefer Schlaf auftritt, eine Wirkung, die auch eintritt, wenn der Kopf erst einige Zeit nach der Injektion tiefer gelagert wird. Bürgi konnte durch die Untersuchung des Rückenmarkes des an Tetanus verstorbenen Kindes das Eindringen des Magnesiumsalzes in die Nervensubstanz nachweisen, und zwar nahm der Gehalt an Magnesium nach oben hin ab. Dieser Befund deckt sich durchaus mit der klinischen Beobachtung von dem Einfluß der Lagerung auf die Ausbreitung der Wirkung. Die Bedeutung dieser Tatsache liegt darin, daß der Arzt die Ausbreitung des Medikamentes regulieren kann. Kocher empfiehlt, bei Beteiligung von Kopf- und Brustmuskulatur von Anfang an die Wirkung auf das Cerebrum zu erstreben. Gegen bedrohliche Erscheinungen von seiten des Atmungszentrums gibt es sichere Mittel in Gestalt der Auswaschung des Subarachnoidalraumes mit Kochsalzlösung und der Insufflation von Sauerstoff oder Luft. Verf. tracheotomierte in allen drei Fällen und insufflierte Sauerstoff. Nach einer Mitteilung Meltzers ist eine kontinuierliche Luftzufuhr unter 15—20 mm Hg-Druck vorteilhafter, da durch letztere die verbrauchte Kohlensäure schneller ausgetrieben wird. Es wird in Erwägung gezogen, prophylaktisch Physostigmin zu injizieren oder sogar eine prophylaktische Tracheotomie auszuführen, um im Notfalle sofort Sauerstoff oder Luft zuführen zu können.

Wortmann (Berlin).

Atkey, Oliver, A case of tetanus treated by intravenous injections of paraldehyde and copious injections of normal saline resulting in cure. (Ein Fall von Tetanusheilung durch intravenöse Einspritzungen von Paraldehyd und von großen Mengen physiologischer Kochsalzlösung.) Lancet **184,** S. 168—169. 1913.

Ein 19jähriger Mann mit schwerem allgemeinem Tetanus erhielt in 7 Tagen 187 ccm Paraldehyd, ebensoviel Äther und etwa 12 Liter Kochsalz intravenös. Meist wurde ein Paraldehyd-Äthergemisch von je 15 ccm des Anästheticums auf 150 ccm NaCl-Lösung eingespritzt und Kochsalzlösung bis auf 2 Liter Gesamtflüssigkeit nachinfundiert. Wenige Minuten nach Beginn der Infusionen trat Erschlaffung der Muskeln und Aufhören der Krämpfe ein, gefolgt von mehrstündigen Schlaf mit frischem Erwachen. Im Urin Blut und Epithelien, ohne nachhaltigen Schaden. Heilung.

Kreuter (Erlangen).

Gouget, A., Les formes frustes de la phlébite typhoïdique. (Die latenten Formen typhöser Phlebitis.) Presse méd. **21,** S. 74—75. 1913.

Nach einer großen Statistik von Conner sind phlebitische Komplikationen beim Typhus gar nicht so selten. Conner schätzt sie auf etwa 5% der Fälle. Die klassischen Symptome der Phlebitis — Ödem, Fieber, Schmerzen — brauchen dabei nicht immer ausgeprägt zu sein. Besonders der Fieberverlauf ist ein durchaus unregelmäßiger, protrahierter, öfters von Exacerbationen unterbrochener. Die typhösen Lungenkomplikationen sind wahrscheinlich alle embolischen Ursprungs und rühren von mehr oder minder ausgeprägten Phlebitiden her. Beweisen läßt sich diese Behauptung allerdings nicht strikt, da bei der klinischen Gutartigkeit der anatomische Nachweis nur selten möglich ist. In 29 Fällen sprach jedoch der klinische Beginn und Verlauf der Lungenkomplikation entschieden für Embolie. Der in der Rekonvaleszenz bei Typhus öfters auftretende Schmerz in den Zehen wird von Conner ebenfalls als phlebitischer Vorgang gedeutet. Dagegen spricht aber nach Verf. Ansicht die Doppelseitigkeit. Schließlich könnten noch gewisse abdominale Symptome beim Typhus als Folgen von Thrombophlebitis der Mesenterialgefäße aufgefaßt werden.

Wolfsohn (Charlottenburg).

Querner, Erich, Über Vorkommen von Tuberkelbacillen im strömenden Blut. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 401—404. 1913.

Nach eingehender kritischer Besprechung der bisher vorliegenden Veröffentli-

chungen über Nachweis von Tuberkelbacillen im Blute — sowohl einfach mikroskopisch als auch durch den Tierversuch — berichtet Verf. über seine an 37 Kranken mit chronischer Lungentuberkulose vorgenommenen Untersuchungen. Unter ausschließlicher Verwendung des Tierversuches erhielt er kein einziges positives Resultat. Da Verf. zugleich durch Kontrollversuche den Nachweis erbringt, daß die angewandte Untersuchungsmethode keine Fehlerquellen enthält, glaubt er, daß die bisher publizierten Ergebnisse mit positivem Tuberkelbacillennachweis im Blute nicht ausreichend sind, um eine Änderung in der bisherigen Auffassung der Pathogenese der menschlichen Tuberkulose zu begründen. *Fromme* (Göttingen).

Rosenberg, Erich, Über das Vorkommen von Tuberkelbacillen im strömenden Blut. (*Allg. Krankenh., Hagen i. W.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 404—405. 1913.

Untersuchungen an 40 Fällen von z. T. inneren, z. T. chirurg. Tuberkulosen. Bei inneren Tuberkulosen konnte Verf. stets, bei chirur. Tuberkulosen fast stets Tuberkelbacillen im Blute mikroskopisch nachweisen. Eine Identifizierung der im Präparat gefundenen Bacillen durch den Tierversuch wurde nicht vorgenommen. Bei einem Kranken mit Nebenhodentuberkulose waren vor der Entfernung des Krankheitsherdes die Bacillen im Blute nachweisbar, sie verschwanden nach der Operation. Kontrolluntersuchungen bei Gesunden ergaben stets ein negatives Resultat. *Fromme* (Göttingen).

Kausch, W., Erfahrungen über Tuberkulin Rosenbach. (*Städt. Auguste-Viktoria-Krankenh., Schöneberg.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 252—255. 1913.

Das Tuberkulin Rosenbach ist das Produkt einer Symbiose von Tuberkelbacillen und einem Trichophytonpilz; durch letzteren sollen die schädigenden, nicht zur Heilung beitragenden Substanzen vernichtet sein. Kausch versuchte das Tuberkulin Rosenbach anfangs bei 3 schweren Fällen chirurgischer Tuberkulose, über welche er eingehend berichtet, später auch bei mittelschweren und leichteren Fällen. Niemals hat das Tuberkulin Rosenbach geschadet; K. glaubt, daß das Tuberkulin in allen Fällen Nutzen gestiftet hat, und daß die behandelten Fälle sich schneller besserten als sonst. Man kann das Tuberkulin Rosenbach in den tuberkulösen Herd selbst, in die Umgebung desselben, oder entfernt vom Herde einspritzen; bei der Injektion in den tuberkulösen Herd tritt die intensivste Wirkung ein. — Die Reaktion ist bei diesem Tuberkulin eine lokale und eine allgemeine. — Am Schluß der Arbeit macht K. eingehendere Angaben über die Ausführung einer solchen Tuberkulinkur. *Brandes* (Kiel).

Mauclaire, Sporotrichose de l'humérus et du tibia. (Sporotrichose des Oberarms und des Schienbeins.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 275—277. 1913.

Verf. stellt eine 55jährige Frau mit Knochensporotrichose vor. Krankengeschichte: Seit 4 Jahren ein Geschwür an der linken Wange, seit 6 Monaten Schmerzen in allen Gliedern, die sich allmählich in einem Oberarm und inneren Knöchel lokalisierten. An der Außenseite des Oberarms bestand Rötung und Fluktuation. Das Röntgenbild zeigte einen Knochenabsceß. Am inneren Knöchel war Rötung, keine Fluktuation nachweisbar. Bei der Operation fand sich am Oberarm ein Knochenabsceß mit Sequestern, am inneren Knöchel lag der Knochen frei. Es gelang Kulturen von Sporotrichon Beurmanni zu erhalten. Daher Einleitung einer Jodkur, über deren Erfolg noch nicht berichtet wird. *Fromme* (Göttingen).

Wideröe, Sofus, Ein Fall von Sporotrichosis. (*Städt. Krankenh., Kristiania.*) Nord. med. ark. **45,** H. 3, 6. 1913.

Beschreibung eines Falles von Sporotrichosis (lymphatica nodularis vegetans) mit Angabe der Krankengeschichte:

57jähriger Mann, bei dem sich zuerst ein furunkelähnlicher Herd auf dem linken Handrücken entwickelt hatte. Trotz vielfacher außerhalb des Krankenhauses ausgeführter Incisionen allmähliches, sich fast über ein Jahr hinziehendes Fortschreiten des Prozesses bis zur Achselhöhle. Auch durch Exstirpation der erkrankten Achseldrüsen keine Besserung.

Nachdem vom Verf. Diagnose auf Sporotrichosis Beurmanni, die durch Kultur erhärtet wurde, gestellt war, Heilung in 3 Wochen durch Jodkali. Abbildungen des Kranken. *Fromme* (Göttingen).

Geschwülste:

Petridis, Pavlos A., Séro-diagnostic des tumeurs malignes. (Réaction de v. Dungern.) (Sero-Diagnostik bei bösartigen Tumoren.) (v. Dungernsche Reaktion.) Lyon chirurg. **9,** S. 133—149. 1913.

Verf. berichtet über Erfahrungen mit der Carcinomreaktion von Dungern, und zwar untersuchte er hauptsächlich nach der zuletzt veröffentlichten Methode Dungerns. Er bespricht zuerst die ursprüngliche Methodik und die später angegebenen Modifikationen. Die Methode, die eine Komplementbindungsmethode sein soll, besteht darin, daß man als Antigen einen Extrakt aus den roten Blutkörperchen von Paralytikern nimmt, das Patientenserum in einem bestimmten Prozentsatz mit n/50 NaOH versetzt und in diesem Zustande das Serum 1/2 Stunde auf 54° erwärmt. Die mit der Methode erzielten Resultate lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Von 70 untersuchten Fällen waren 27 Tumoren, 43 andere Krankheiten. Von den 27 Tumorfällen reagierten 16 positiv (etwa 60%) und 11 negativ (etwa 40%). Von den anderen 43 Fällen waren 5 (= 12%) positiv, 38 (= 88%) negativ. Von den 70 untersuchten Fällen waren also insgesamt 21 positiv, davon 5 ohne Geschwulst; negativ waren zusammen 49 Fälle, davon 11 mit Geschwülsten. Prozentual ausgerechnet gibt also die Reaktion in 77% richtige Resultate. Verf. hält die Reaktion nach seinen Erfahrungen für praktisch gut brauchbar. *Szécsi* (Heidelberg).

Abel, Die Elektrokoagulation bei der chirurgischen Behandlung des Krebses, speziell des Gebärmutterkrebses. Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 394—395. 1913.

Verf. geht aus von der Tatsache, daß oft kleine schon lange Jahre bestehende Krebsgeschwülste, z. B. kleine Mammatumoren, plötzlich nach der Operation rapide wuchern und zum Ende in kurzer Zeit führen. Er führt dies zurück auf die Eröffnung der Lymphbahnen bei der Operation und Verschleppung von Carcinomkeimen in diesen und den Gefäßen. Er stellt die Forderung auf, daß bösartige Tumoren nicht mehr mit dem Messer angegriffen werden sollen, sondern mit dem Lichtbogen, wie auch schon Czerny beschrieben hat. Die Durchtrennung der Gewebe geht schneller wie mit dem Messer, Gefäßlumina werden nicht eröffnet, auch keine Gewebsspalten. Vorher soll die Geschwulst selbst, er hat ein Uteruscarcinom vaginal exstirpiert, durch Diathermie coa unschädlich gemacht werden. Abel benutzt ein Instrumentarium von Reiniger - Gebbert & Schall. Nimmt man große Elektroden, so wird das Gewebe zwischen ihnen erwärmt, je kleiner die Elektroden sind um so viel mehr. Bei kleinen Elektroden, wie sie A. benutzt, geht der Strom von Elektrode zu Elektrode in einer kleinen Kurve; das dazwischenliegende Gewebe wird koaguliert. Er nennt das Verfahren Elektrokoagulation. Man kann die Wirkung des Stromes ganz genau dosieren. Genaue Beschreibung der Technik bei Uterusexstirpation. *Schmitz* (Eschweiler).

Mercier, R., et F. Menuet, Epithélioma atypique de la tête à foyers multiples. Guérison par la radiothérapie. (Multiple atypische Carcinome des Kopfes. Heilung durch Röntgenbestrahlung.) Tours méd. **9,** S. 1—4. 1913.

Verletzungen:

Mendel, Kurt, Die amyotrophische Lateralsklerose in ihrer Beziehung zum Trauma und zur Berufstätigkeit. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwes. **20,** S. 41—46. 1913.

M. vertritt auf Grund eigener Beobachtungen und solcher aus der Literatur die Ansicht, daß ein Trauma niemals direkte Ursache für das Entstehen einer amyotrophischen Lateralsklerose sein könne; es sei vielmehr eine angeborene Schwäche gewisser motorischer Bahnen des Zentralnervensystems nötig, daß sich bei einem Individuum eine amyotrophische Lateralsklerose überhaupt und speziell nach einem Trauma entwickle. Mitteilung eines eigenen Obergutachtens über einen einschlägigen Fall (allmähliches Entstehen einer amyotrophischen Lateralsklerose bei einem Postbeamten nach öfterem Schlagen mit der rechten Hand gegen den Hebel eines Rohrpostapparates. Ein einmaliger „unglücklicher" Schlag gegen diesen Hebel war als „Unfall" angegeben worden). *Riedl* (Linz a. Donau).

Kriegschirurgie:

Fraenkel, Alex., Kriegschirurgische Eindrücke und Beobachtungen vom Balkankriege. Wien. klin. Wochenschr. **26,** S. 210—215. 1913.

Übersicht über die vom Verf. in Sofia gewonnenen Erfahrungen. Hauptsächlich

mit dem S-Geschoß Verwundete, die den für diesen Krieg eigentümlichen, langen Transport nach dem Reservelazarett auf schlechten Wegen mit unzulänglichen Transportmitteln durchgemacht hatten. Extremitätenverletzungen bilden das Hauptkontingent; septischen Wundverlauf zeigten hauptsächlich jene Fälle, die tamponierte Schußkanäle aufwiesen. Häufigkeit der Steckschüsse beim S-Geschoß mit Umkehrung des Geschosses im Schußkanal. Traumatische Aneurymen zeigten sich häufig als Spätfolgen der Schüsse, hervorgerufen dadurch, daß die Gefäßwand bei Geschossen aus mittlerer oder weiter Entfernung nur geschädigt wird, und erst nach 2—3 Wochen allmählich nachgibt, ähnlich der Wirkung der alten Bleiprojektile. — Die Knochenschüsse sind viel gutartiger als offene Friedensfrakturen, deshalb nur in geringem Grade Indikation zur Revision und Amputation gegeben. Unter 5 Gelenkschüssen keine Infektion. Die beobachteten Schädelschüsse kamen ohne jeden primären Eingriff im Sekundärstadium zur Behandlung und wurden nach relativ geringfügigen Eingriffen zur Heilung gebracht; keiner hatte vor 24 Stunden überhaupt erste Hilfe erhalten. Daher Mahnung, die Schädelschüsse erst mit vollkommenen klinischenHilfsmitteln operativ anzugehen. *Kaerger* (Berlin).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Brackel, A. v., Die akute gelbe Leberatrophie im Anschluß an die überstandene Chloroformnarkose. Ein kasuistischer Beitrag und klinische Studie zur Frage der deletären Spätwirkung des Chloroformes. Samml. klin. Vortr. **674,** S. **539** bis **564.** 1913.

Es gibt plötzliche Todesfälle ohne nachweisbare pathologische Veränderungen und mehr schleichende Spätwirkungen des Chloroforms, die sämtlich an einzelnen Organen und Zellen mikroskopisch nachgewiesen werden können. Brackel beobachtete 2 Fälle von solcher Spätwirkung unter dem Bilde akuter gelber Leberatrophie. Beides waren jüngere Individuen mit nicht eitrigen Affektionen (1. Appendicitis chronica, 2. Tubargravidität). Der erste starb 4 Tage nach der Operation, der zweite wurde gerettet. Bei beiden zeigten sich dieselben Symptome: Langer Chloroformgeruch der Atemluft, Unruhe, Delirien, subfebrile Temperaturen, Pulsbeschleunigung, Koma. Der 2. Fall wurde gerettet durch intravenöse Kochsalzinfusion, Aderlaß und stark zuckerhaltige Kohlehydratnahrung. Als Grund für das Eintreten solcher Spätwirkungen nimmt B. an: Die Vorbereitung zur Operation durch langes Fasten, Abführen usw. schaffe im Körper einen Zustand des reduzierten oder vollkommen aufgehobenen Glykogengehaltes, was einem Zustande physiologischer Ermüdung der Leberzellen gleichkäme. Dadurch könne die Giftwirkung mangels der Schutzmittel besser eintreten und zu obiger Krankheit führen. Bewiesen ist diese Behauptung durch die längere energische Vorbehandlung der beiden Patienten im obigen Sinne. B. sucht die Verminderung der schädigenden Wirkung der Chloroformnarkose durch sinngemäße Ernährung vor der Operation zu erreichen. *Weichert* (Breslau).

Chauvin e Deconomos, Patogenesi e trattamento dei disturbi postanestetici. (Art und Behandlung postnarkotischer Störungen.) Revue de therap. méd.-chirurg. 2. 1913. Nach Referat aus Gaz. internaz. di med., chirurg. ig. S. 117. 1913.

Verff. glauben durch Versuche festgestellt zu haben, daß die im Anschluß an Narkosen auftretenden Störungen dieselben Ursachen wie beim coma diabeticum haben und die Folge einer Säurevergiftung sind. Der Narkotisierte erschöpft schnell seinen Glykogenvorrat und lebt, wenn er vorher gefastet hatte, von seinem eigenen Körperfett und Körpereiweiß; die Leber, ihres Glykogens beraubt, vermag die Fett- und Eiweißkörper nicht zu oxydieren, und es kommt auf diese Weise zur Säurevergiftung. Verff. schlagen vor, vor und nach jeder Operation dem Kranken eine Zuckerlösung von : 150 g Glucose, 0,50 cg Strychnintinktur, 3 g tinctura canelli und 300 g Wasser zu geben. *Herhold* (Hannover).

Nordmann, O., Thoraxwandresektion mit Meltzerscher Insufflation. (*Städt. Auguste Viktoria-Krankenh., Berlin-Schöneberg.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 360 bis 365. 1913.

Nach einer historischen Einleitung über das Gebiet der Über- und Unterdruckapparate bespricht der Verf. die Vor- und Nachteile des Meltzerschen Verfahrens der Insufflation, das er für eine große Vereinfachung und wesentliche Verbesserung der Kuhnschen Intubage hält. Der Ersatz des ursprünglich angewandten Fußtretgebläses, bei dem gewisse Druckschwankungen allerdings nicht zu vermeiden sind, durch einen die Luft unter gleichmäßig erhöhtem Druck eintreibenden Elektromotor empfiehlt sich nach den Versuchen des Verf. nicht wegen der damit verbundenen Gefahren. Bei Verwendung eines kontinuierlich erhöhten Druckes von 10—20 mm Hg ohne jede Schwankung werden die Lungen nach einigen Minuten cyanotisch, der Herzschlag wird kleiner und seltener und die Tiere sterben unter den Zeichen der Erstickung. Nur wenn der Druck alle paar Minuten auf Sekunden unterbrochen wird, lassen sich diese Zufälle vermeiden. Da die Konstruktion eines diesen Zweck erfüllenden Apparates nicht gelang, ist Nordmann zu dem Fußtretgebläse zurückgekehrt, mit dessen Funktion er sehr zufrieden ist. Die Verunreinigung des zugeführten Luftstromes durch mitgerissene Staubpartikelchen wurde durch Einschalten einer mit Wasser gefüllten Flasche vermieden. Die geringen, durch das Fußtretgebläse bedingten respiratorischen Bewegungen der Lunge fallen nicht sehr störend ins Gewicht, wenn man die Lungen mit aufgelegten, feuchten Gazetüchern zur Seite nimmt. Die Einzelheiten des Apparates und der Technik müssen im Original nachgelesen werden. N. hat einen Fall von Resektion der Thoraxwand wegen Mammacarcinomresidiv operiert, bei dem der Apparat in der von ihm angegebenen Modifikation gute Dienste leistete und der seiner Meinung nach für alle intrathorakalen Eingriffe ausreichend ist. *Bode* (Göttingen).

Chaput, Anesthésie lombaire à la novocaïne. Statistique personnelle des trois années précédentes. (Lumbalanästhesie mit Novocain. Persönliche Statistik der letzten 3 Jahre.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 317—323. 1913.

Die persönlichen Erfahrungen Chaputs mit der Lumbalanästhesie durch Novocain erstrecken sich auf 991 Fälle. Zwei Todesfälle dürfen der Lumbalanästhesie nicht unbedingt zur Last gelegt werden, da es sich das einemal um eine Nierenexstirpation bei einer 65 jährigen Frau mit Pyonephrose unter großem Blutverlust, das anderemal um eine Pyosalpinxoperation bei allgemeiner tuberkulöser Peritonitis und schlechtem Allgemeinzustand handelte. In 65 Fällen oder etwa 6,5% blieb die Anästhesie ungenügend. Das war hauptsächlich der Fall bei Laparotomien und Hernien. (16 Mißerfolge unter 252 Hernien.) Der größte Prozentsatz der Mißerfolge wurde bei Appendicitiden beobachtet, nämlich nicht weniger als 20 unter 35 Fällen. Demgegenüber entfielen auf 542 Fälle von Operationen am After, der Scheide oder den unteren Gliedmaßen nur 12 Mißerfolge. Als wesentlich für den Erfolg wird die psychische Vorbereitung des Kranken angesehen. Besonders soll man ihn darauf vorbereiten, daß die Berührungsempfindlichkeit nicht ganz erloschen sein wird. Alkoholiker, Nervöse, Ausgehungerte und Kranke mit schmerzhaften und fieberhaften Erkrankungen sollen ausgeschlossen werden. Von Zwischenfällen wird gelegentliches Erbrechen bei Laparotomien während der Operation und bei Nervösen erwähnt. Bei Laparotomien kam ferner ziemlich häufig Pulsverlangsamung und Blässe zur Beobachtung, wogegen Ch. geneigte Lagerung („position inclinée") und Koffeineinspritzungen empfiehlt. Von Folgeerscheinungen kam Erbrechen nur ausnahmsweise vor, jedenfalls viel seltener als nach Chloroform oder Äther. Ebenso kam Urinverhaltung nach Operationen am Bauch, After oder Damm seltener vor als bei Allgemeinnarkose. Kopfschmerzen wurden selten beobachtet, wenn man die Vorsicht gebrauchte, 15—20 ccm Cerebrospinalflüssigkeit vor der Einspritzung der Novocainlösung zu entleeren und die Kranken mehrere Tage nach der Operation im Bett liegen zu lassen. Nötigenfalls sind bei sehr lästigem Kopfweh durch Lumbalpunktion 15—20 ccm Flüssigkeit abzulassen und ist strenge horizontale Lage einzuhalten. Eine „Epidemie" von Kopfweh kam vor, als ein Präparat aus einer anderen als der gewöhnlichen Bezugsquelle verwendet wurde. Lähmungen von Augenmuskeln oder unteren Gliedmaßen

kamen nicht vor. Eine unvollständige und vorübergehende Armlähmung ist wahrscheinlich nicht durch die Lumbalanästhesie, sondern durch die Armhaltung während der Operation verschuldet worden. Ch. gelangt auf Grund dieser Ergebnisse zu einer Empfehlung der Lumbalanästhesie mit Novocain, betont jedoch, daß man sich an folgende Technik halten solle:

Mit einer Luerschen Spritze von 2 ccm sollen von einer 4 proz. Novocainlösung, die in Ampullen von 3 ccm vorrätig gehalten wird, bei Operationen an den unteren Gliedmaßen, am After oder Damm 1,5 ccm eingespritzt werden, bei Operationen am Bauch einschließlich der Hernien 2 ccm. Der Novocainlösung soll keinerlei anderes Medikament, also kein Adrenalin und kein Strychnin, zugesetzt werden. Vor der Einspritzung sollen 15—20 ccm Cerebrospinalflüssigkeit in ein graduiertes Gefäß akgelassen werden.

Für die Lumbalanästhesie eignen sich ruhige, erwachsene oder bejahrte Patienten, besonders wenn Gegenanzeigen gegen Allgemeinnarkose oder Lokalanästhesie bestehen. Gegenanzeigen gegen die Lumbalanästhesie sind, abgesehen von den oben schon genannten, gegeben bei Kindern unter 10—12 Jahren, bei Operationen oberhalb des Schwertfortsatzes und bei sehr erschöpften Kranken. Als Vorzüge hebt Ch. hervor, daß die Lumbalanästhesie mit Novocain viel weniger gefährlich sei als die Allgemeinnarkose, dabei einfacher und wirksamer als die Lokalanästhesie, daß Erbrechen seltener vorkommt, die Kranken weniger mitgenommen werden, Leber und Nieren keine Schädigung erfahren, die Gefahr der Lungenkongestionen geringer ist und die postoperative Sterblichkeit verringert wird. Die Anästhesie ist ebensogut als bei der Allgemeinnarkose und besser als bei Lokalanästhesie, dabei behält der Operateur die Dosierung in der Hand. *M. v. Brunn* (Tübingen).

Tenani, Ottorino, Paralisi del sesto paio come complicanza della rachianestesia stovainica. (Abducenslähmung nach Lumbalanästhesie mit Stovain.) (*Arcisped. di S. Anna, Ferrara.*) Gaz. degli osp. e delle clin. **34,** S. 89—91. 1913.

Bei einem 31 jährigen Manne kam es 4 Tage nach einer Lumbalanästhesie zu einer Abducenslähmung, die sich erst nach Monaten besserte. Verf. schließt an diesen Fall, der als einziger unter 600 Lumbalanästhesien in der Klinik von Ferrara beobachtet wurde, die Hypothese, daß die Lähmung nach Lumbalanästhesie auf eine besondere Affinität des Stovains zu der Nervensubstanz des Abducens beruhe, so daß es zur toxischen Wirkung komme, die vielleicht noch durch eine Alteration der normalen Konzentration der Lösung begünstigt werde. Anführung der von anderen Autoren angegebenen Hypothesen. *Strauß* (Nürnberg).

Neil, William F., and Frederick Crooks, Supraclavicular anaesthetization of the brachial plexus. (Die supraclaviculare Anästhesierung des Plexus brachialis.) Brit med. journal **2721,** S. 388—389. 1913.

Verff. teilen ihre an 40 Fällen gesammelten Erfahrungen „mit dieser auf dem Kontinent schon in großer Ausdehnung angewandten Methode mit". Sie verwenden nach einigen Mißerfolgen mit schwächeren Lösungen 20 ccm. einer 2proz. Novokainlösung und befolgen die übliche Technik unter Benutzung einer 6 cm langen Platiniridiumnadel. Die Anästhesie ist im allgemeinen nach 5—15 Minuten komplett; es kann aber auch 30 Minuten bis zur vollen Entwicklung dauern. Die anästhetische Zone reicht bis 2—3 Fingerbreite unterhalb des Acromion; nur an der Innenseite beginnt sie erst tiefer. Die Dauer schwankt von $1^1/_2$—3 Stunden und beträgt im Durchschnitt wohl $1^1/_2$ Stunden. Irgend Störungen wurden nicht beobachtet. Unter ihren 40 Fällen hatten sie 4 Mißerfolge. Bei dreien von diesen war Allgemeinnarkose notwendig; bei dem vierten erlangten sie beim zweiten Versuch eine volle Anästhesie. In vier weiteren Fällen, in denen schwächere Lösungen benutzt waren, war die Anästhesie unvollständig, aber für den Eingriff genügend. Sie teilen eine Anzahl von Krankengeschichten mit; ihr Material setzt sich aus Amputationen, Fracturen, Versorgung von Verletzungen, Sehnenscheidenphlegmonen, Sehnennähten usw. zusammen. In einer nächsten Arbeit wollen sie über weitere Erfahrungen berichten, vor allem wie man Mißerfolge vermeiden kann, die sie als Folge der gelegentlich vorhandenen anatomischen Schwierigkeiten ansehen. *Kulenkampff* (Zwickau).

Babitzki, P., Die Anästhesie des N. ischiadicus. (*Alexander-Krankenh., Kiew.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 227—229. 1913.

Um eine sichere Anästhesie überhaupt zu erreichen, ist die intraneurale Injektion notwendig. Babitzki habe die verschiedensten Verfahren zur Auffindung des Einstichpunktes für den N. ischiadicus versucht und keines für absolut sicher befunden.

Sein Verfahren besteht darin, daß man mit dem Finger im Rectum die Spina ischiadica von innen tastet. Den Kanal und den Nerven selbst fühlt er zwischen Lig. sacro-spinosum und Musc. pyriformis. Die Nadel wird nun von außen her durch die Glutäen unter Kontrolle des im Rectum befindlichen Fingers bis auf den knöchernen Kanal vorgestoßen, wo der innere Finger den N. ischiadicus vor sich her gedrängt hat. Mit der Spritze kann man auf diese Weise sogar verschiedene Stellen des Nerven beeinflussen.

Das Resultat tritt schon in einigen Minuten auf. Das ganze Verfahren ist einfach, dem Perthesschen deswegen vorzuziehen und hat in 15 Fällen gut gewirkt. Notwendig ist dazu Bauchlage, was bei Frakturen usw. entsprechend zu modifizieren ist.

Weichert (Breslau).

Desinfektion:

La conservation de la teinture d'iode dans les approvisionnements du service de santé. Un nouveau procédé de préparation extemporanée de la teinture d'iode. (Haltbare Jodtinktur in den Feldsanitätsbehältnissen. Ein neues Verfahren der sofortigen Herstellung von Jodtinktur.) Gaz. des hôp. **86,** S. 40—41. 1913.

Oberstabsapotheker A. Gautier empfiehlt (Archives de méd. et de pharm. mil., déc. 1912, Nr. 12) Jod, das man durch Präcipitation mit Hilfe destillierten Wassers aus einer gesättigten alkoholischen Jodlösung erhält und das über Schwefelsäure getrocknet wird. Dieses Jod, das sich sehr leicht in 95 proz. Alkohol löst, kann in großer Menge (in Glasröhren zu 5 und 10 g) ins Feld mitgeführt und im Bedarfsfalle mit vorrätigem oder unschwer zu beschaffendem Alkohol zu einwandfreier Jodtinktur hergerichtet werden. *Georg Schmidt* (Berlin).

Strauss, M., Ortizon, ein neues Wasserstoffsuperoxydpräparat in fester Form. Allg. med. Zentral-Zeit. 82, S. 89—90. 1913.

Gegenüber dem von Merck bereits als Verbesserung des gewöhnlichen H_2O_2 als „Perhydrol" in den Handel gebrachten, chemisch reinen, säurefreien und haltbaren Präparates soll das vom Verf. empfohlene „Ortizon" (Friedr. Bayer & Co.), welches eine H_2O_2-Carbamidverbindung ist, den Vorzug der festen, luftbeständigen Form und neutrale Reaktion, somit der leichteren Transportierung und größeren Billigkeit bei sparsamer Verwendungsmöglichkeit haben. Empfohlen werden ferner die Ortizonwundstifte und Ortizonwundwasserkugeln. *Glass* (Charlottenburg).

Instrumente, Apparate, Verbände:

d'Avack, Alfredo, Contributo sperimentale alla narcosi per insufflazione intratracheale alla Meltzer-Auer, con apparecchio modificato. (Experimenteller Beitrag zur intratrachealen Insufflationsnarkose nach Meltzer-Auer vermittels eines modifizierten Apparates.) (*Laborat. di patol. spec. chirurg. dimostr., univ. di Roma.*) Policlin., Sez. prat. **20,** S. 153—158. 1913.

Eingehende technische Angaben über einen Apparat, der mittels eines Blasebalges oder einer Sauerstoffbombe eine intratracheale Narkose erlaubt und der den Apparat von Meltzer-Auer insofern verbessert, als der Pat. sowohl reine, als auch mit Äther oder Chloroformdämpfen gemischte Luft mit oder ohne Überdruck einatmen kann. Verf. erreicht dies durch ein zweites Narkosengefäß, daß er zwischen Trachealkanüle und der Zuführung für Überdruckluft einschaltet. Der ganze Apparat besteht aus einer Reihe Y-förmiger Glastuben, die mit Gummirohren verbunden sind und durch Hähne gegeneinander abgeschlossen werden können. Hierzu kommt noch ein gleichfalls an die Rohrleitung angeschlossener Manometer, sowie 2 Narkosengefäße, in die das Narcotikum aus einem kleinen Glasballon fällt. *Strauß* (Nürnberg).

Caillaud, E., Appareil permettant l'anesthésie générale par tous les anesthésiques, chlorure d'éthyle, chloroforme, éther etc. (Ein Apparat, der die allgemeine Anästhesie durch alle Anaesthetica, Äthylchlorid, Chloroform, Äther usw. gestattet.) Journal de chirurg. **10,** S. 156—158. 1913.

Der Apparat besteht aus einem Verdunstungsgefäß und aus einem Luftbehälter, zwischen welchen ein weites Rohr die Verbindung herstellt. Das Verdunstungsgefäß besitzt $^1/_2$ l Inhalt und ist an seinem Boden mit einer Schicht Retortenkohle bedeckt, welche die Verdunstung der eingebrachten Narkotica befördern soll. Der Deckel des Verdunstungsgefäßes gestattet durch

zwei regulierbare Hähne die Zufuhr von Chloräthyl und von Chloroform oder Äther. Ein weiteres mit einem Hahn versehenes Rohr kann zum Anschluß einer Sauerstoffbombe benutzt werden. Am Boden des Gefäßes gestattet ein mit Ventil versehenes Rohr den Zutritt der Außenluft bei der Einatmung. Der Luftbehälter ist ein zylindrischer Sack aus Gummistoff von einem Liter Inhalt, oben und unten von einer Metallplatte verschlossen. Bei der Einatmung hebt sich die Grundplatte und sorgt bei der Ausatmung für die Ansaugung neuer Mengen von Narkoticumluftgemisch, indem sie ihrer Schwere nach herabsinkt. Abgesehen von einer guten Mischung der Luft mit den Dämpfen der Narkotica kommt in dieser Luftkammer auch noch eine gewisse Vorwärmung der kalten Dämpfe zustande. Caillaud hat seinen Apparat an 350 Fällen erprobt und ist mit den Erfolgen zufrieden. Er ist bestrebt, die Narkose vorwiegend mit Chloräthyl zu bewirken, sieht sich aber genötigt, für längere Narkosen Chloroform in geringen Mengen zu Hilfe zu nehmen. Obgleich sich sein Apparat auch für die Mischnarkose mit Äther eignet, hat er darüber noch keine hinreichenden Erfahrungen gesammelt. *M. v. Brunn* (Tübingen).

Jones, Alfred G., A new chloroform apparatus. (Ein neuer Chloroformapparat.) Lancet **184**, S. 397. 1913.

Stellt eine Modifikation des Junkerschen Apparates dar. Ein enteneigroßer Glasballon ist an beiden Polen mit je einer Röhre verbunden, die einerseits zu einer soliden, mit rundlicher Öffnung zum Lufteintritt versehenen Maske, andrerseits zu einem Gummigebläse führt. Beide Röhren sind bis in das Innere des Glasballons verlängert und enden da frei in feinsten Öffnungen. Der Ballon wird mit Chloroform gefüllt; die durchgeblasene Luft reißt dasselbe mit. Der Apparat ist von Arnold and Son, Giltpur-Street, London E. C., zu beziehen. *Mendelsohn* (Straßburg).

Hunt, E. L., A new hypodermic syringe. (Eine neue Subcutanspritze.) Lancet **184**, S. 546. 1913.

Hunt hat eine Spritze zusammengestellt, welche die an verschiedenen anderen Systemen vorhandenen Vorzüge vereinigen soll. Glaszylinder mit starker Glasspitze ist in einen Metallrahmen eingebettet. An den Glasstempel ist eine Metallstempelstange anmontiert, versehen mit Schraubengewinde zur Dosierung kleinster Mengen. Der Metalldeckel der Spritze hat Bajonettverschluß. Die Spritze kann in kochendes Wasser eingelegt werden, ohne durch verschiedene Ausdehnung ihrer Teile zu springen. (Abbildung.) Bezugsquelle: J. H. Montague 69 New Bond-street, W. London. *Hoffmann* (Dresden).

Kuhn, Fr., Zur Technik der Kochsalzinfusionen. Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 301—304. 1913.

Nach einem kurzen historischen Rückblick auf die Entwicklung der Infusionstherapie empfiehlt Kuhn auf Grund eigener Beobachtungen und früherer klinischer Erfahrungen (Gaule, Landerer, Kausch), der Kochsalzinfusionsflüssigkeit Traubenzucker und kleine Mengen von Alkalizuckerverbindung in Form von Natriumsacharaten und Calciumsacharaten hinzuzufügen. Der Zuckergehalt soll ernährend auf den Körper, konservierend auf die Blutkörperchen und gerinnungshemmend wirken. (Braun - Melsungen liefert zweckmäßige Paketchen von Zusatz). Für die instrumentelle Technik beschreibt K. einen Infusionsapparat, der aus 3 Glaskolben besteht und bei dem die Austreibung der Flüssigkeit mit Druckluft geschieht. Genaue Kontrollierung der ausströmenden Flüssigkeit, gleichmäßige Strömung und leichte Regulierbarkeit sollen die Vorzüge des Apparates sein. Diese Eigenschaften sind wichtig, weil die Infusion von Zuckerlösungen langsam und gleichmäßig vor sich gehen muß. *Propping.*

Joynt, R. Lane, Multiple-hole steel plates for the treatment of fractures. (Durchlöcherte Stahlplatten zur Frakturbehandlung.) Lancet **184**, S. 624. 1913.

Verf. hat die Arbuthnot Laneschen Schienen dahin modifiziert, daß er sie in ihrer ganzen Länge mit Löchern versieht. Von 5 cm beginnend und immer um 0,6 cm steigend hat jede nächstlängere Schiene 1 Loch mehr. Diese Modifikation ist besonders angenehm in der Nähe von Gelenken, wo jede zu lange Schiene sehr stört. Die Löcher sind tunlichst dicht gebohrt, um die Applikation der Schrauben an der Stelle zu ermöglichen, wo man sie haben will. Die Platten sind aus weichem Bessemer-Stahl hergestellt, sind billig, leicht und doch haltbar. Verf. benutzt gewöhnliche Holzschrauben, die kein bis an den Kopf angeschnittenes Gewinde haben. Eine weitere Verbesserung des Instrumentariums besteht in einem Schlitz im Griff des Schraubenziehers oder des Elevatoriums, der ein leichtes Biegen der Schiene ermöglicht. Verf. legt die Platten auf das Periost. Die beschriebenen Instrumente werden hergestellt von Smith & Sheppard of St. Stephens's Green, Dublin. *Magnus* (Marburg).

Radiologie:

Phillips, C. E. S., Simple apparatus for inserting radium into lengths of sterile rubber tubing. (Einfacher Apparat zum Einbringen von Radium in sterile Gummiröhren.) Lancet **184**, S. 397. 1913.

Zur Vermeidung des dem Operateur bei manueller Ausführung gefährlichen Berührens

des Radiums angegebener Apparat zum Einbringen der das Radium enthaltenden Metallhülse in Gummidrains, wie es zum Versenken in Geschwülste nötig ist. Beschreibung muß im Original nachgelesen werden. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Körte, W., Typische Fraktur des Gesichtsschädels. (*Städt. Krankenh. am Urban, Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 252. 1913.

Bei der typischen Fraktur des Gesichtsschädels durch Gewalteinwirkung auf die knöcherne Nase kommt es zu ausstrahlenden Verletzungen der Schädel- und Gesichtsknochen, indem die Sprünge durch die Oberkieferkörper, wodurch beide Oberkiefer in ihrer Verbindung mit den angrenzenden Knochen gelockert werden, oder durch die horizontale Siebbeinplatte hindurchgehen können und hierdurch bei gerissener Dura sehr leicht den Infektionsweg von der Nase herstellen.

Verf. berichtet über 2 derartige Fälle. Im ersten Falle trat bei nicht verletzter Siebbeinplatte glatte Heilung ein. Der zweite Fall war durch eine komplizierte linksseitige Stirnbeinfraktur kompliziert, indem sich im Laufe der Behandlung ein Absceß im l. Stirnhirn bildete. Derselbe wurde eröffnet und kam zur Ausheilung. 17 Tage später traten Erscheinungen von Querschnittsmyelitis auf mit Lähmungen beider Beine und des Sphincters, an dessen Folgen Pat. $7^1/_2$ Monate später zugrunde ging. Die Sektion ergab einen Erweichungsherd im Dorsalmark. Es folgt die genaue Beschreibung des Verlaufes der Bruchlinien. *Vorschütz* (Köln).

Heindl, Adalbert, Über die Syphilis des Stirnbeines und der Stirnhöhlen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. **47,** S. 197—216. 1913.

Mitteilung von 10 Fällen von Syphilis des Stirnbeines und der Stirnhöhlen. Als charakteristische Merkmale erwähnt Verf. langsam zunehmenden, dumpfen Kopfschmerz von der Stirngegend nach dem Scheitel ausstrahlend, der nachts am heftigsten wird, und das frühzeitige Auftreten von periostalen Auftreibungen in der Gegend der Stirnhöhlen, ferner relativ spärliches, krümeliges Sekret in der Nase, Ödem der Lider, Schwindel, Reizbarkeit, Unlust zu geistiger Arbeit. Gegenüber den nichtspezifischen Erkrankungsformen kommen besonders die normalen oder höchstens mäßig hohen Temperaturen, die fehlenden oder nur geringen Reizerscheinungen seitens Conjunctiva und Ciliarkörper des Auges und die prompte Besserung auf Jodtherapie in Betracht. Verf. hält die Lues des Stirnbeines und der Stirnhöhlen für nicht so selten und rät, vor der Radikaloperation einer Stirnhöhle stets die Abwesenheit der Lues festzustellen. *Denk* (Wien).

Fallas, Alfred, Une balle dans le sinus maxillaire. (Eine Kugel in der Kieferhöhle.) Clinique (Bruxelles) **27,** S. 129—135. 1913.

Valentin, Bruno, Die postoperative Parotitis. (*Städt. Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 495—497. 1913.

Übersichtsreferat.

Guttmann, Eugen, Über die Aktinomykose der Speicheldrüsen unter besonderer Berücksichtigung der Glandulae submaxillaris und sublingualis. Samml. klin. Vortr. **675,** S. 681—708. 1913.

Die seltenere primäre Infektion der Speicheldrüsen kann auf dem Wege des Duktus oder direkt durch die Schleimhaut erfolgen. Dies Sekundäre kommt meist durch Übergreifen eines Weichteilprozesses auf die Drüse zustande. Differentialdiagnostisch sind hauptsächlich Tuberkulose und Syphilis in Betracht zu ziehen. Mitbeteiligung der Lymphdrüsen spricht gegen, Schwielenbildung mit gleichzeitig vorhandenen Erweichungsherden für Aktinomykose. Die Prognose ist im allgemeinen gut. Von allzu eingreifenden Operationen ist abzusehen, zum Durchbruch neigende Abscesse sind zu incidieren und ebenso wie die zu spaltenden Fisteln zu tamponieren. Herde von geringerem Umfang sind total zu exstirpieren. Innerlich empfiehlt sich Jodkali oder in steigenden, dann fallenden subcutanen Dosen 10% wässrige Lösung von Natr. cocodylicum. Casuistik. *Rubesch* (Prag).

Chavannaz et Lefèvre, Sur l'autoplastie de la région génienne. (Wangenplastik.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 211—212. 1913.

Die Methode, gestielte Lappen aus der Halsgegend zur Deckung von Defekten in der Backe zu verwenden, ist ziemlich allgemein in Mißkredit: die Wundfläche des Lappens sieht nach der Mundhöhle zu und infiziert sich leicht, so daß das Resultat eine stark kontrakte Narbe wird. — Verff. haben bei 2 Kranken die Methode trotzdem angewendet. Bei beiden waren es maligne Neubildungen, die eine umfangreiche Entfernung von Wange und Unterlippe erforderten. Die Deckung geschah durch große Lappen aus dem Halse, und bei beiden war das Resultat $4^1/_2$ bzw. 1 Jahr nach der Operation kosmetisch und funktionell vorzüglich. Die schlechten Erfolge anderer Operateure haben vielleicht ihren Grund in mangelhafter Asepsis oder zu sparsamer Lappenbildung. Jedenfalls glauben Verff., auf Grund ihrer Resultate die Methode empfehlen zu können. *Magnus* (Marburg a. L.).

Hirnhäute, Gehirn:

Modena, Gustavo, Totales Fehlen des Gehirns und des Rückenmarks. (*Neurol. Inst., Frankfurt a. M.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **46,** S. 158—162. 1913.

Bychowski, Z., Benediktsches Syndrom nach einem Trauma. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Orig. **14,** S. 353—358. 1913.

Ein 16jähriges Bauernmädchen fällt aus einer Schaukel und ist darauf durch eine Stunde bewußtlos. Am selben Tage mehrmals Erbrechen. Durch eine Woche apathischer Zustand, Kopfschmerzen, Puls-Verlangsamung. Rechte Gesichtshälfte geschwollen, rechtes Auge geschlossen. Pupille rechts > links. Nach Schwinden des Ödems (1 Woche) kann das rechte Auge aktiv nicht geöffnet werden. Bei passiver Öffnung Auftreten von Doppelbildern. Zwei Wochen nach dem Unfall Zittern in der linken Hand. Bei der Untersuchung durch Bychowski (3 Wochen nach dem Sturz) Benediktsches Syndrom, Oculomotoriuslähmung + kontralaterale Bewegungsstörung. Letztere in diesem Falle nur krampfartige Bewegungs- ohne Lähmungserscheinungen. Sie treten auch nur im Arm auf. Im Bein Schmerzen und Parästhesien. Die Oculomotoriuslähmung geht zurück. Pupille rechts wird < links und ohne Lichtreaktion. Endlich im Arm nur mehr Intentionstremor, im Bein eine hypästhetische Zone.

Das Ungewöhnliche der Ätiologie und des günstigen Verlaufes veranlassen Bychowski zu der Annahme, daß es sich um einen extracerebralen, subduralen Bluterguß an der Schädelbasis in nächster Nähe des Bindearmes gehandelt habe. Ein hier entstandenes Hämatom kann das allmähliche Auftreten und, bei Resorption, auch das allmähliche Zurückgehen der Erscheinungen erklären. Für die Miose, die an Stelle der erst beobachteten Mydriase trat, wird der Reiz durch eine Narbenbildung als Ursache angenommen. *Wittek* (Graz).

Meyer, W. R., Zur Kasuistik der epidermoidalen Cholesteatome des Gehirns. (*Pathol.-anat. Inst., Univ. Charkow.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. **211,** S. 161—165. 1913.

Verf. beschreibt einen typischen Fall dieser seltenen Erkrankung. Bei einer 20jährigen Bäuerin, die an tuberkulöser Peritonitis gestorben war, wurde als Nebenbefund bei der Gehirnsektion unter der Arachnoidea im Winkel zwischen Pons Varoli und dem linken Schläfenlappen eine unregelmäßig kugelartige, haselnußgroße Geschwulst gefunden. Farbe silbern schimmernd mit Perlmutterglanz. Konsistenz fest elastisch, bei Druck bröcklig. Impressionen am Pons Varoli. Histologisch wurde ein typisches epidermoidales Cholesteatom festgestellt. Klinische Erscheinungen, die sich als epileptoide Anfälle in anderen Fällen äußerten, sind bei diesem Falle nicht beobachtet worden. *Kleinschmidt* (Leipzig).

Hirschberg, Otto, Beitrag zur Lehre der Hirnabscesse. (Metastatische Hirnabscesse nach Bronchialdrüsenabsceß.) (*Pathol. Inst., Kiel.*) Dtsch. Arch. f. klin. Med. **109,** S. 314—321. 1913.

Beschreibung eines Falles, der klinisch unter den Erscheinungen einer basalen tuberkulösen Meningitis verlief, ohne irgendwelche Anhaltspunkte für Krankheitsherde in der Speiseröhre oder den Bronchialdrüsen zu bieten. Bei der Sektion fand sich ein Hirnabsceß, der zu einer Meningitis geführt hatte, außerdem eine alte Fistel im Oesophagus, die von einem Divertikel aus zu einer vereiterten tuberkulösen Bronchialdrüse führte. Verf. nimmt an, daß der Hirnabsceß auf metastatischem Wege von der erkrankten Bronchialdrüse aus, als dem

primären Herde entstanden sei. Merkwürdig ist das Freibleiben anderer Organe von Metastasen. Zusammenstellung ähnlicher Fälle aus der Literatur. *Stammler* (Hamburg).

Hypophyse:

Weed, Lewis H., Harvey Cushing and Conrad Jacobson, Further studies on the rôle of the hypophysis in the metabolism of carbohydrates. The autonomic control of the pituitary gland. (Weitere Studien über die Rolle der Hypophyse im Kohlehydratstoffwechsel. Die Kontrolle der Hypophyse durch das autonome Nervensystem.) Bull. of the Johns Hopkins hosp. **24**, S. 40—52. 1913.

Unsere Ansichten über Glykosurie cerebralen Ursprungs bedürfen der Revision. Genau wie der klassische Zuckerstich Claude Bernards wirkt auch die „Piqûre" der Hypophyse bei Kaninchen glykosurisch. In zahlreichen Versuchen an Hunden, Katzen und Kaninchen wird erwiesen, daß auch nach Ausschaltung sämtlicher Nervenverbindungen zu den Bauchorganen [Durchschneidung beider Vagi, Halssympathici und des Rückenmarks oberhalb des Splanchnicusabganges = D 4; oder unter Nicotinwirkung (Langley)] stets Glykosurie eintritt nach mechanischer oder faradischer Reizung des oberen sympathischen Halsganglion, der Hypophyse selbst und nach Ausführung des Zuckerstiches, vorausgesetzt, daß überhaupt mobilisierbares Glykogen vorhanden ist. Nur nach operativer Entfernung des Hinterlappens der Hypophyse bleibt die Glykosurie aus. Folglich muß der Zuckerstich auf dem Wege über das Ganglion cervicale supremum die Ausfuhr einer chemischen Substanz aus dem Hinterlappen der Hypophyse bewirken, die ohne Vermittlung nervöser Impulse Glykogenolyse und Glykosurie verursacht. Wie das geschieht, ist eine andere Frage. *Tölken* (Zwickau).

Auge:

Coronat, Eléphantiasis congénital et glaucome infantile. (Angeborene Elephantiasis und infantiles Glaukom.) Clin. ophtalmol. **19**, S. 85—87. 1913.

In dem mitgeteilten Fall fand sich außer einem starken angeborenen Ödem der unteren Extremitäten ein ausgesprochenes infantiles Glaukom. Coronat neigt zu der Ansicht, daß beide Veränderungen auf einer Affektion des N. sympathicus beruhen. Vielleicht lassen sich manche Fälle von infantilem Glaukom durch Ödem des Glaskörpers erklären. *Wolfsohn.*

Ammann, E., Zur Frage der Behandlung der Eisensplitter in der Linse. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. **51**, S. 210—212. 1913.

In einem Fall von Eisensplitter in der ungetrübten Linse glaubte Verf. sich zum Zuwarten berechtigt. Das Sehvermögen war anfangs auf 0,6 herabgesetzt gegen 1,5 auf dem anderen Auge. Unter 8—14tägiger Kontrolle trat in den ersten 2 Monaten keine Veränderung auf. Vier Wochen später aber war infolge Entwicklung von hinterer Corticalkatarakt der Visus bereits auf 0,35 gesunken und sank dann trotz sofortiger glatter Extraktion des Splitters mit dem Magneten, die keine Trübung längs dem Rückweg des Splitters verursachte, infolge weiterer Zunahme der hinteren Cortikalcatarakt weiter bis auf $^1/_{36}$. Wegen der Verschiedenartigkeit der beobachteten Fälle empfiehlt Verf., dem Patienten nach gründlicher Aufklärung die Entscheidung zwischen sofortiger Extraktion und Zuwarten zu überlassen und sich für das gewählte Vorgehen einen schriftlichen Verzicht auf Schadensersatz geben zu lassen. *Halben.*

Nase:

Maljutin, E. N., Die Korrektur der Formfehler der Nase durch Knochentransplantation. Zeitschr. f. Ohren-, Hals- u. Nasenkrankh. S. 1—10. 1913. (Russisch.)

Da nach Maljutins Ansicht die gebräuchlichen kosmetischen Paraffininjektionen in die Nase große Gefahren in Form von Embolien usw. in sich bergen, resp. durch Zerfließen des Paraffins Mißerfolge zeitigen, rät M. von Paraffinplastiken ganz abzugehen. Unter Anführung eines Falles empfiehlt M. speziell bei Sattelnase die Aufrichtung des Nasenrückens durch Implantation einer aus der Tibia gewonnenen Knochenspange von $4 \times {}^1/_2$ cm vorzunehmen. Das Knochenstück wird durch einen in Augenhöhe gelegenen Querschnitt unter die Haut des Nasenrückens geschoben. Kollaterale Ödeme hielten sich im Gesicht fast 3 Monate, das Fremdkörpergefühl noch länger. *v. Reyher* (Dorpat).

Ohr:

Hays, Harold, Prognosis of operative mastoiditis. (Prognose der Operation der Mastoiditis.) Arch. of diagn. **6**, S. 52—55. 1913.

Wirbelsäule:

Gottstein, J. F., Die Skoliose im Leben und in der ärztlichen Praxis. Prag. med. Wochenschr. **38,** S. 139—142. 1913.

Hals.

Allgemeines:

Wenglowski, Romuald, Über die Halsfisteln und Cysten. Arch. f. klin. Chirurg. **100,** S. 789—892. 1913.

Auf Grund seiner ausführlich mitgeteilten Studien an menschlichen Embryonen wendet sich Wenglowski gegen die allgemein herrschende Theorie von der Entstehung der seitlichen Halsfisteln und Cysten aus der 2. Kiemenfurche und Schlundtasche. Als Hauptbeweis dieser Theorie gilt der Verlauf der Fisteln unterhalb des N. glossopharyngeus. Aber in vielen Fällen fehlt überhaupt jede nähere Beziehung zwischen beiden Gebilden. Vor allem sprechen eine Reihe anderer anatomischer Tatsachen gegen die Theorie. Zunächst ist die Lage der Fisteln zum M. stylopharyngeus, dem Hauptbestandteil des 3. Kiemenbogens, derart, daß sie sich unterhalb des Muskels befinden und sich gewöhnlich an seinem hinteren Rande nach außen öffnen. Die Fisteln müßten also der 3., nicht der 2. Kiemenfurche zugehören. Zweitens bietet die Erklärung mancher Epithelauskleidung der Fisteln und Cysten mit Flimmer- oder Plattenepithel Schwierigkeiten. Das Flimmerepithel soll dem Schlundtaschenanteil, das Plattenepithel dem Kiemenfurchenanteil der Fisteln entsprechen. Aber es gibt äußere inkomplete Fisteln mit Flimmerepithel und innere Fistelgangsabschnitte mit Plattenepithel. Die Annahme sehr langer Schlundtaschen bzw. Kiemenfurchen zur Erklärung dieses Vordringens ihrer Epithelart bis zum entgegengesetzten Fistelende ist gezwungen und auf anatomische Tatsachen nicht gegründet. Daß z. B. der Boden der Schlundtasche bis zur Incisura sterni hinabreichen könne, während die Kiemenbögen, zwischen denen sich die Tasche befindet, unverrückt in ihrer Lage bleiben, hat wenig Wahrscheinlichkeit für sich. Drittens liegt die innere Öffnung der Fisteln für gewöhnlich hinter dem Gaumenschlundbogen oder in der hinteren unteren Ecke der Mandelbucht, also im Gebiet der 3., nicht der 2. Schlundtasche. Viertens entspricht die Verlaufsrichtung der Fisteln und ihre Lage zur Carotis externa nicht einer Entstehung aus der 2. Schlundtasche und Kiemenfurche. W. stellt nun die Theorie auf, daß die seitlichen Halsfisteln und Cysten aus der Thymusanlage hervorgehen. Die Thymus entsteht aus der 3. Schlundtasche in Form eines langen Kanals, welcher schräg von der lateralen Pharynxwand bis zum Brustbein sich hinabzieht und dort den eigentlichen Thymuskörper entwickelt. Verlauf und anatomischer Aufbau des Kanals entsprechen genau den Befunden an den seitlichen Halsfisteln und -cysten. Außer diesem Gange kommt für gewisse Fälle noch ein zweiter embryonaler Kanal in Betracht, welcher der seitlichen Schilddrüsenlappenanlage entspricht. Die innere Mündung von Fisteln dieser letzteren Entstehung ist durch ihre Lage lateral vom Kehlkopfeingang charakterisiert.

Wrede (Jena).

Smoler, F., Zur Unterbindung der Carotis communis. (*Mähr. Landeskrankenanst., Olmütz.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **82,** S. 494—507. 1913.

Die Carotis-communis-Unterbindung ist seit Ausgang des 18. Jahrhunderts bekannt. Im Vordergrund des Interesses stehen dabei Halbseitenlähmung und Konvulsionen. Infektion kommt nach Hartmann ursächlich nicht in Frage, ebenso hat die Änderung des Nahtmaterials (Gummi), keine Verbesserung gebracht. Anämie nicht Embolie scheint die Hauptursache der Erweichung zu sein. Durch langsames Zusammenziehen erreichte zuerst Denucé 1878 Heilung ohne Hirnerscheinungen. Die von Ceci und Boari vorgeschlagene, gleichzeitige Unterbindung der Ven. jugularis int. hat schwere Störungen der motorischen und sensiblen Funktion nicht vermieden. Die zweckmäßigste Methode zur Vermeidung plötzlicher Anämie ist die allmähliche Unterbrechung des Blutstroms. Ausgearbeitet von Jordan 1907, der sie als vorherige, lockere, temporäre Ligatur der Carotis während 48 Stunden bezeichnet und dabei Lokalanästhesie zur Erkennung der Hirnerscheinungen verlangt. Absolute Indikation sind lebensgefährliche Blutungen, relative gewisse Hirnerkrankungen wie Epilepsie, Hirndruck,

Neuralgien, Hydrocephalus und inoperable Tumoren zur Beeinflussung der Neubildung. Eine Kasuistik von 10 Fällen beweist die Überlegenheit der langsamen Zuschnürung (Drosselung) über die direkte, schnelle Ligatur, 2 nicht gedrosselte Fälle starben an schweren Hirnerscheinungen, die gedrosselten blieben frei. Gedrosselt wurde mit Gummidrain, dessen Enden außerhalb der Wunde mit 1 Stab allmählich gedreht wurden, ferner mit besonderer Zange (Fig.). Drosselung mit Gummischlauch ist wegen Unsicherheit des Grades der Drehung nicht zweckmäßig. Die vor Oberkieferresektion empfohlene Externa-Unterbindung kann ebenfalls schwere Gehirnerscheinungen hervorrufen und hat in 1 Fall nicht genügt. *Schlender* (Ostrowo).

Kehlkopf und Luftröhre:

Iwanoff, Alexander, Die Exstirpation des Aryknorpels bei Kehlkopfstenose. (*Basanowasche Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskrankh., Univ. Moskau.*) Zeitschr. f. Laryngol., Rinol. **5,** S. 1067—1074. 1913.

Bei Kehlkopfstenose oder erschwerter Atmung infolge Medianstellung der beweglichen Stimmbänder, wenn die Beweglichkeit durch Affektion des zwischen Ary- und Ringknorpel befindlichen Gelenks oder durch Lähmung der Mm. thyreo-arytaenoidei post. hervorgerufen ist, will Verf. den in ungünstigster Lage für den Organismus fixierten Aryknorpel unter Erhaltung aller an ihm befestigten Muskelansätze submukös exstirpieren. Er hat dadurch bei 39jähr. tracheotomierten Syphilitiker, der mit zugehaltener Kanüle sprechen, aber nicht atmen konnte und normale, aber dicht aneinandergedrängte, unbewegliche Stimmbänder in Medianstellung zeigte, Beweglichkeit in funktionell genügendem Maße erzielt. $2^1/_2$ Monate später wurde partielle, endolaryngeale Resektion des einen wahren Stimmbandes nötig, weil nur ein Aryknorpel entfernt war. Verf. will daher in Zukunft sofort beide Aryknorpel entfernen.

Genaue Beschreibung der an der Leiche eingeübten, auf Laryngofissur basierenden Operationstechnik mit Abbildungen. *Schlender* (Ostrowo).

Gueit, C., Les injections intratrachéales dans le traitement des affections des voies respiratoires. (Intratracheale Injektionen zur Behandlung von Krankheiten der Luftwege.) Gaz. d. hôp. **86,** S. 357—358. 1913.

Nach Cocainisierung des Rachens wird das Medikament mit der üblichen Technik durch den Larynx hindurch in die Trachea eingespritzt. Die Injektionen werden von den Kranken gut vertragen, bis auf einen Hustenreiz, der aber nicht so kräftig ist, um das Medikament wieder herauszuschleudern. Bei allen Affektionen der oberen Luftwege sah Gueit gute Erfolge. Auch bei Lungentuberkulose wird die mehrmalige intratracheale Injektion von 3 bis 5 ccm steriler Öle empfohlen. Einspritzungen von Marmorek-Serum wurden in 4 Fällen gut vertragen, 1 mal trat im Anschluß an die Injektion eine tödliche Hämoptöe auf. Der klinische Erfolg dieser letzteren Methode war in keinem Falle sehr ermutigend. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Merian, Louis, Positiver Leprabacillenbefund in den Faeces bei an leprösen Schleimhautveränderungen des Kehlkopfes leidenden Patienten. (*Med. Univ.-Klin., Zürich.*) Dermatol. Wochenschr. **56,** S. 269—271. 1913.

Schilddrüse:

Hagen, Wilhelm, Anzeichen und Gegenanzeichen der internen Behandlung des Kropfes. Würzburg. Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med. **13,** S. 69—92. 1913.

Strenge Unterscheidung zwischen hyper- und hypothyreotischen Kropfformen. Im Zweifelsfalle ist die Unterscheidung durch vorsichtige Joddarreichung unter Kontrolle des Blutbildes zu versuchen. Für die innerliche Behandlung kommen in Betracht die primären und sekundären (postoperativen) Formen von Hypothyreosen, die als physiologische Vergrößerungen aufzufassenden Formen von Pubertäts- und Schwangerschaftsstrumen und die kompensatorische Hypertrophie nach Ausfall von Schilddrüsengewebe (Halsted). Anzuwenden sind die organischen Jodpräparate (Thyraden, Jodothyrin), Phosphorpräparate (Natrium phosphoricum, Protylin) neben diätetischen Maßnahmen unter steter Kontrolle des Blutbildes. Organextrakte anderer Drüsen mit innerer Sekretion sind noch nicht für die Praxis genügend erprobt. Röntgenbestrahlung ist oft nicht ungefährlich und erschwert eine spätere

Operation. Jede innere Behandlung ist streng kontraindiziert bei Störungen mechanischer Art durch den Kropf (Trachealstenose, Kreislaufstörungen, mechanisches und dyspnoisches Kropfherz) sowie bei toxischen Symptomen. Alle Hyperthyreosen, selbst leichteren Grades, bringen bei interner Behandlung günstigstenfalls eine vorübergehende Besserung des Allgemeinbefindens, keine Heilung. Bei Basedow und Hyperthyreosis bringt zur Stunde nur die Frühoperation sicheren und vollen Erfolg. *Biernath* (Lichterfelde).

McCarrison, Robert, The Milroy lectures on the etiology of endemic goitre. Lect. 1—4. (Die Milroyvorlesungen über die Ätiologie des endemischen Kropfes.) Lancet **184,** S. 147—154. 219—226 u. 365—373. 1913.

Verf. hat Kropfstudien in Chitral und Giljit (Himalaja) gemacht. Er vergleicht die Himalajastruma mit derjenigen in England, Deutschland, Österreich, Schweiz und findet keinen Unterschied. Seine allgemeinen Studien über die Verbreitung des Kropfes führen ihn zu dem Schlusse, daß Struma sozusagen überall vorkommt und nicht an bergiges Klima gebunden ist. In Indien findet er den Kropf häufiger bei Landarbeitern und beschreibt seine Zu- und Abnahme unter sehr verschiedenen Einflüssen. Verf. vertritt die Ansicht, daß jede Struma zuerst als diffusa auftrete und allmählich durch neue oder konstante Einwirkung des Kropfvirus zur Knotenstruma werde. Kritik der Trinkwasserätiologie, der Experimentalpathologie und Histogenese. Verf. sucht überall dasjenige heraus, was für seine Anschauung spricht. Er vertritt die Ansicht, daß die Ursache der Kropfbildung ein im Darme des Kropfträgers lebendes Kontagium resp. Bakterium sei, dessen zur Resorption gelangende Toxine zur Vergrößerung der Schilddrüse führen. Als Beweise für diese Ansicht führt er an: 1. seine Heilerfolge bei Kropf mit innerlicher Verabfolgung von Thymol und frischen Kulturen von Bacillus bulgaricus in Milch und Impfung mit Vaccinen, hergestellt aus Darmbakterien von Kropfträgern; 2. seine experimentell an Tieren und Menschen erzeugten Kröpfe durch das Trinken von Wasser, das durch ein Filter von Erde, vermischt mit Faeces Kropfkranker, passiert wurde. *Albert Kocher* (Bern).

McKisack, H. L., Remarks on atypical exophthalmic goître. (Über atypische Formen des Morbus Basedowii.) Brit. med. journal **2718,** S. 208—210. 1913.

Verf. geht kurz ein auf die Funktionen der Schilddrüse und auf die Ätiologie und die Symptome des Morbus Basedowii. So leicht die Diagnose der vollentwickelten Krankheit ist, so häufig wird sie verfehlt, wenn die Mehrzahl der klassischen Symptome nicht ausgeprägt ist. Es sind das meist Fälle, die wegen Herzklopfen in die Sprechstunde des Arztes kommen. 23 einschlägige Fälle werden tabellarisch publiziert. Bezüglich der Behandlung empfiehlt Verf. einen Versuch mit Röntgenstrahlen und hat auch Jod mit Erfolg angewendet (!). Er schlägt vor, die irreführende (englische) Bezeichnung „exophthalmic goitre“ durch „hyperthyroidism“ zu ersetzen. *Baruch* (Breslau).

Berry, James, The surgery of the thyroid gland, with special reference to exophthalmic goitre. (Lecture I.) (Die Chirurgie der Schilddrüse mit besonderer Berücksichtigung des Morbus Basedowii.) Lancet **184,** S. 583 bis 591. 1913.

Verf. stützt seine Arbeit auf ein Material von 751 operierten Fällen und berücksichtigt speziell sein Basedowmaterial. Die histologischen Befunde A. Kochers werden bestätigt, in typischen Basedowfällen kann die Diagnose sogar schon am makroskopischen Präparat gestellt werden. Ungelöst ist noch die Frage des Jodgehalts der Drüse. Eine Thymusvergrößerung ist fast regelmäßig vorhanden. Dieselbe ist aber hinsichtlich der Indikation zu einem operativen Eingriff von untergeordneterer Bedeutung als der der Allgemeinzustand des Pat. Die Nebenschilddrüsen haben keine von der Schilddrüse gesonderte Funktion, ihr histologischer Bau erinnert an embryonales Schilddrüsengewebe. Der Exophthalmus ist die Folge einer lokalen Fettanhäufung in der Orbita. Die Lidsymptome sind der Ausdruck einer mechanischen Alteration und daher, für

sich genommen, wertlos. Diagnostisch wertvoll dagegen ist die besondere Empfindlichkeit der Basedowkranken gegen sommerliche Temperaturen. Von therapeutischen Maßnahmen haben Medikamente nur vorübergehenden symptomatischen Einfluß. Milchdiät ist empfehlenswert. Desgleichen Zufuhr von Alkalien, besonders als Vorbereitung für die Operation. Röntgenbestrahlung ist am Platze für frische und für sehr schwere Fälle, während der Nutzen der Serumtherapie mehr oder weniger illusorisch ist. Die chirurgische Behandlung gedenkt Verf. in einer späteren Vorlesung zu besprechen. *Baruch* (Breslau).

Thymus:

Dutoit, A., Die Radiotherapie der Thymushyperplasie. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 515. 1913.

Übersichtsreferat.

Crotti, André, The Roentgen ray in intrathoracic goiter and thymus hyperplasia. (Das Röntgenlicht bei intrathorakaler Struma und Thymushyperplasie.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 117—122. 1913.

Die Einleitung bringt Bekanntes über die Topographie der intrathorakalen Struma. Alsdann weist Verf. auf die große Bedeutung der Röntgenuntersuchung von Strumafällen hin. Nicht nur die Aufnahme gibt wertvolle Aufschlüsse. Auch die Durchleuchtung läßt bei Beachtung der Bewegungsvorgänge während des Schluckaktes und bei tiefer Atmung das Verhalten zur Umgebung erkennen und gewährt differentialdiagnostische Anhaltspunkte gegenüber dem Aortenaneurysma und anderen mediastinalen Tumoren. Besondere Aufmerksamkeit wurde dem Verhalten des Thymus zugewendet. Während Verf. zunächst die Kombination von Struma und Thymushyperplasie für etwas äußerst Seltenes hielt, wurde er durch drei kurz nach gelungener Operation von Strumen sich ereignende Thymustodesfälle eines Bessern belehrt. Zwei 19 jährige Patientinnen gingen infolge Kompression der Trachea an Erstickung, eine 33 jährige thymotoxisch zugrunde, eine vierte genas. Ein 8 wöchiger Säugling konnte operativ von einer bedrohlichen Thymushyperplasie geheilt werden. Im Röntgenbilde hat der vergrößerte Thymus die Form eines Schattendreiecks, welches der Herzbasis oft wie eine Kappe aufsitzt. Die gewonnenen Erfahrungen verwertet Verf. in der Weise, daß der Operation von Strumen, welche mit Thymushyperplasie vergesellschaftet sind, die so wirkungsvolle Röntgenbehandlung des Thymustumors vorausgeschickt wird.

Hartert (Tübingen).

Brust.

Brustwand:

Halsted, William Stewart, Developments in the skin-grafting operation for cancer of the breast. (Weiterentwicklung der Haut-Transplantationsmethode bei Operation des Brustkrebses.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 416—418. 1913.

Seit 16 Jahren hat Halsted den Defekt bei der Operation des Mammacarcinoms mit Thierschschen Läppchen gedeckt, während die verfügbare Haut hoch in die Achselhöhle gezogen wurde, um die Axillargefäße zu decken, den toten Raum unter der Clavicula zur Obliteration zu bringen und das Gewölbe der Achselhöhle möglichst hoch zu rücken. Der Lappen wurde durch Gaze gegen die Unterlage gedrückt. Dabei trat zuweilen eine leichte Randnekrose auf, die Gelegenheit zur Infektion der Wunde gab und dadurch zur Verzögerung der Heilung und zur Ausbildung von Narbengewebe führte, das wieder Anschwellung und geringfügige Behinderung der Beweglichkeit des Armes veranlaßte. H. hat daher seine Methode seit einigen Jahren modifiziert. H. macht jetzt zuweilen nur einen den Tumor umkreisenden Schnitt, in der Regel fügt er aber je einen oberen und unteren Vertikalschnitt (nach der Clavicula und dem Arm hin) hinzu. Der äußere Hautlappen zwischen beiden Vertikalschnitten soll ohne jede Spannung die Axillargefäße decken. Sein Rand wird mit feinen versenkten Seidennähten so an die Fascie direkt unterhalb der 1. Rippe geheftet, daß die Haut die großen Gefäße einhüllt. Der übrige Defekt wird verkleinert, wobei die Hautränder ebenfalls an der Brustwand festgenäht werden, und dann nach Thiersch gedeckt. Während der Naht Ab-

duktion des Armes bis 90°, Vermeidung stärkeren Druckes durch den Verband und vor allem eines in die Achselhöhle gelegten Gazekeils. Keine Drainage. Armbewegungen nach dem 2. Tage.

Vorzüge dieser Operation 1. Ein fast unbegrenzter Teil der Haut kann fortgenommen werden, was zur Erlangung guter Dauerresultate von größtem Wert ist. 2. Die transplantierte Haut ist ein Hindernis für die Aussaat von Carcinommetastasen. Verf. hat ausgedehnteste Hautrezidive ohne Beteiligung des transplantierten Bezirkes beobachtet. Er empfiehlt daher die Methode auch für den cancer en cuirasse; er meint auch, daß es empfehlenswert sei, in Fällen mit Tendenz zu regionären Hautrezidiven das transplantierte Gebiet in einiger Entfernung mit einer Art Graben zu umgeben. Der Graben soll durch Excision eines Hautstreifens oder einfachen Schnitt bis auf die Fascie gebildet und ebenfalls nach Thiersch oder Reverdin gedeckt werden. 3. Rezidive in den tieferen Schichten der Brustwand können unter den Thierschen Läppchen leichter entdeckt werden als unter der normalen Haut. Daher verwirft Halsted auch die Deckung der Defekte durch die gesunde Mamma. 4. Man hat reichlich Haut zur Verfügung, um die Axillargefäße gut (in redundant fashion) zu decken und die Achselhöhle möglichst hoch zu legen. Erläuterung der Operation durch Illustrationen. *Kempf* (Braunschweig).

Brustfell:

Lawrow, W., Die chirurgische Behandlung des Pleuraempyems unter besonderer Berücksichtigung der Nachbehandlung mit Aspiration. (*Städt. Obuchow-Krankenh., St. Petersburg.*) Bruns Beitr. zur klin. Chirurg. **83**, S. 67—126. 1913.

1. Historischer Überblick der Behandlung der akuten und chronischen Pleuraempyeme. Auch Angabe des Materials, welches dem Verf. zur Verfügung stand. 2. Die Mechanik der selbständigen Lungenentfaltung nach der Thorakotomie bei Pleuraempyem. Die bekannten Anschauungen von Perthes hierüber erscheinen am zutreffendsten. 3. Die zwecks künstlicher Lungenentfaltung bei Pleuraempyem vorgeschlagenen Methoden. a) Methoden, die den Luftzutritt von außen verhindern, b) Methoden, die durch Aspiration den Pneumothorax verkleinern. Die Aspirationsbehandlung nach Thorakotomie mit Rippenresektion entspricht der physiologischen Heilung durch Lungenentfaltung und garantiert gleichzeitig den Eiterabfluß. 1898 von Perthes vorgeschlagen. Verf. hat bei 33 Fällen den von Nordmann 1907 auf dem 36. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie demonstrierten Apparat benutzt. Beschreibung dieses. Eine kleine Modifikation des Verf. besteht darin, daß, um Druck und Decubitus durch die Glasglocke zu verhüten, an der dem Kranken zugewandten Fläche der Gummiplatte ein 4—5 cm breiter Gummistreifen aufblasbar angebracht ist. Ankleben des Apparates mit Gummi arabicum; wenn pneumatischer Reifen vorhanden, nur auf diesen. Die in die Wunde eingelegten Drains werden am Rand der Gummiplatte angenäht. Nach Anlegen des Aspirators sofort negativen Druck herstellen. Nach 20—25 Minuten klebt der Apparat fest und kann 10—12 Tage liegen. Verbandwechsel je nach Sekretion täglich bis zu jedem 4. Tag. Mit diesem Apparat können Kranke das Bett verlassen. Mängel: Druck der Glasglocke, direktes Ankleben des Gummis an die Haut, leichtes Abbrechen der Vorsprünge an der Glasglocke. 4. Einige Bemerkungen über die Technik der Thorakotomie und die postoperative Behandlung des Pleuraempyems. Unter allen Umständen Lokalanästhesie. Der niedrigste Punkt (8. oder 9. Rippe) in der Linea axillaris posterior oder zwischen letzterer und Linea scapularis am geeignetsten. Bei Empyema saccatum Resektion natürlich an der Stelle, wo es sitzt. Versuch kausaler Therapie (Vaccinotherapie, Serotherapie usw.) von Interesse, Resultate noch unsicher. Drain nur so tief einführen, daß es gerade den Eingang in die Pleurahöhle erreicht, und ohne Ausschnitt. 5. Die Technik und physiologische Wirkung der Aspirationsbehandlung von Pleuraempyem im Anschluß an die Thorakotomie. Anfangs nur geringer negativer Druck 5—6 mm Hg, allmählich steigend bis zu einem Maximum von 120—150 mm Hg. Bei

frischen Empyemen Maximum von 50—80 mm Hg. Schmerzen dürfen nicht entstehen. Ständige Aspiration am rationellsten. Mäßiger negativer Druck ohne merklichen Einfluß auf Herztätigkeit, jedoch wird die Atmung meist tiefer und besonders die Lungenkapazität bedeutend größer als unter normalem atmosphärischem Druck. Über die Entfaltungsfähigkeit der Lungen geben weder die Reinebothsche noch die Perthessche Methode sicheren Aufschluß, sondern nur der Erfolg der Aspirationsbehandlung selbst. Auf Grund theoretischer Erwägungen scheint dem Verf. die Kombination des Brauerschen Überdruckes mit der Aspiration die besten Aussichten zur Heilung der Empyeme nach Thorakotomie zu geben. 6. Aspirationstherapie akuter Pleuraempyeme. 19 Fälle. Kein Unterschied, ob Erkrankung durch Strepto-, Staphylo- oder Pneumokokken hervorgerufen. Frühester Termin, zu dem Aspirator angelegt, war 4. Tag, spätester 1 Monat 12 Tage, in der Mehrzahl später als 1 Monat post op. Hierdurch weder Lungenentfaltung noch endgültige Genesung verzögert. Bei zu starkem negativem Druck Gefahr der Eiterretention durch Verklebung. Merkliche Verkürzung der Empyembehandlung durch Aspiration nicht zu konstatieren. Durchschnittsdauer bis zur völligen Lungenentfaltung für alle Genesungsfälle 113,9 Tage. 7. Aspirationstherapie chronischer Pleuraempyeme. 14 Fälle. Frühester Termin 1 Monat 3 Tage, spätester 15 Monate post op. In den Fällen mit Heilungstendenz auch allmähliche Abnahme des Eiters, sonst blieb Menge unverändert. Wenn also Eitermenge keine Veränderung zeigt, so weist das darauf hin, daß die Höhle sich auf dem Wege der Lungenentfaltung nicht schließt. In den Schlußfolgerungen wird unter anderem darauf hingewiesen, daß für einen guten Erfolg des Aspirationsverfahrens genügender Eiterabfluß bzw. glatter, nicht gewundener Fistelgang erforderlich sind, und daß das Verfahren nur angewandt werden darf, wenn auf der Seite des Empyems die Lunge gesund ist.

Hoffmann (Greifswald).

Lungen:

Rosenthal, G., Le pneumothorax des tuberculeux. (Pneumothorax maladie et pneumothorax thérapeutique.) (Der Pneumothorax bei Tuberkulösen. [Der Pneumothorax als Krankheitserscheinung und der therapeutische Pneumothorax].) Journal de méd. de Paris. **33**, S. 35—37. 1913.

Bauch und Becken.

Allgemeines:

Oldenborg, Hugo A., Exercises in the treatment of ptosis of the abdominal organs. (Bewegungsübungen in der Behandlung der Ptosis der Bauchorgane.) Journal of the Americ. med. ass. **60**, S. 654—656. 1913.

Étienne, Georges, Les injections sous-cutanées de purgatifs. (Subcutane Injektion von Abführmitteln.) Scalpel et Liège méd. **65**, S. 519—520. 1913.

Bei subcutaner Anwendung sind die Dosen von Abführmitteln erheblich kleiner als bei Reichung per os. Man erhält bisweilen heftige lokale und auch allgemeine Reaktionen, auch ist die Wirkung keine konstante. Trotzdem kann die subcutane Einverleibung empfohlen werden, wenn es sich darum handelt, den Magendarmkanal zu schonen und eine länger anhaltende Wirkung hervorzurufen. Besonders indiziert erscheint die Methode bei spastischen und atonischen Obstipationen, sowie bei chronischen Dickdarmkatarrhen. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Tansini, I., e Giovanni Morone, Splenomegalia con cirrosi epatica in periodo ascitico. Splenectomia ed operazione di Talma. Contributo allo studio ed alla cura delle splenomegalie croniche spleno-trombosiche. (Milzvergrößerung, Lebercirrhose und Ascites, Heilung durch Milzexstirpation und Talmasche Operation.) (*Clin. chirurg. op., univ. di Pavia.*) Rif. med. **29**, S. 7—13, 40—43. 68—70 u. 90—94. 1913.

Ausführliche Besprechung eines jener Fälle, welche mit Milzvergrößerung, Leberschrumpfung und Veränderungen des Blutes in die Erscheinung treten und mit Banti-

scher Krankheit oder Bantischer Splenomegalie bezeichnet zu werden pflegen. Der geschilderte Krankheitsfall weicht aber dadurch von der bekannten Gruppe der Bantischen Krankheiten ab, daß hier die Milzvergrößerung, Lebercirrhose und die Blutveränderungen durch einen zur Thrombose führenden primären chronischen phlebitischen Prozeß der Milzvene hervorgerufen wurden. Verf. rechnet die geschilderte Krankheit zur Gruppe der Splenomegalia chronica pylethrombotica. Da die klinischen Erscheinungen bei der thrombotischen Splenomegalie dieselben wie bei der Bantischen Krankheit sind, so ist eine Differentialdiagnose nicht möglich. Durch Milzexstirpation und Einnähen des großen Netzes in die vordere Bauchwand nach Talma wurde der Krankheitsfall völlig geheilt, namentlich verschwand der erhebliche Ascites vollkommen. Verf. ist der Ansicht, daß man in solchen Fällen — auch bei Bantischer Krankheit —, in welchen eine Lebercirrhose und Ascites nachgewiesen wird, außer der Milzexstirpation auch noch die Talmasche Operation ausführen solle. Ein mit dieser doppelten Operation geheilter Fall von Bantischer Krankheit ist vom Verf. bereits früher veröffentlicht worden. *Herhold* (Hannover).

Magen, Dünndarm:

Günzburg, A., Der Magensaftfluß und verwandte Sekretionsstörungen. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Verd.- u. Stoffw.-Krankh. **4,** H. 7, S. 5—69. 1913.

Gastric ulcer and gastric carcinoma. (Magengeschwür und Magenkrebs.) Austral. med. journal **2,** S. 901. 1913.

Réchou, G., Une préparation bismuthée pour examen radioscopique de l'estomac. (Eine Wismuthzubereitung für die radioskopische Magenuntersuchung.) Arch. d'électr. méd. **21,** S. 132—133. 1913.

Réchou bereitet die Wismuthmahlzeit, um das lästige Sedimentieren zu verhindern, wie folgt zu: 120 (?) g Bismuth. carbonicum werden mit 20 g Gummi arabicum und 5 g Tragantgummi im Mörser innig vermengt. Anderseits werden 150 ccm Sirupus simplex mit 350 ccm Wasser gemischt und langsam dem Pulver zugerührt. Im Reagenzglas war nach 40 Stunden noch keine Sedimentierung eingetreten, im Magen des Patienten war der Schatten nach $^1/_2$ Stunde noch völlig homogen. *Wohlauer* (Charlottenburg).

Sommerfeld, A., Beitrag zur Differentialdiagnose des Ulcus ventriculi und des Ulcus duodeni. (*Dtsch. Alexander-Hosp. f. Männer, St. Petersburg.*) Arch. f. Verdauungs-Krankh. **19,** S. 1—42. 1913.

Auf Grund der teils auf dem Sektionstische, teils bei Operationen gewonnenen autoptischen Befunde von Ulcus ventriculi und duodeni und der dazu gehörigen Krankengeschichten werden die einzelnen Punkte besprochen, die evtl. zur Klärung bei der Differentialdiagnose beitragen können; es sind dies folgende: 1. Ausgesprochene Periodizität im Auftreten der Beschwerden ist eine von allen Autoren betonte für U. duodeni charakteristische Erscheinung; ebenso 2. der Hungerschmerz; 3. Schmerzen im rechten Epigastrium sprechen mehr für U. duodeni; im linken mehr für U. ventriculi; 4. Rectusspannung rechts für U. duodeni; 5. das Erbrechen ist weniger und anders als bei U. ventriculi; es erfolgt nicht, solange der Magen mit Speisen gefüllt ist, sondern später und zwar mit Entleerung abnorm reichlicher Mengen reinen Magensaftes; 6. die Hypersekretion ist häufiger beim U. duodeni als beim U. ventriculi; 7. beim U. duodeni findet sich sehr häufig Pylorusspasmus; 8. Darmblutungen ohne Haematemesis sprechen für U. duodeni, sonst sind die Blutungen (ob Magen oder Darm) differentialdiagnostisch nicht zu verwerten. Die Anamnese allein kann nicht, wie englische und amerikanische Autoren angegeben haben, ausschlaggebend sein, sondern man darf höchstens hoffen, durch kombinierte Berücksichtigung der oben angeführten Zeichen der Diagnose betr. Lokalisation näher zu kommen. *Bode* (Göttingen).

Bourne, Aleck W., After-hystory of gastro-enterostomy for peptic ulcer. (Resultate der Gastroenterostomie bei peptischem Geschwür.) Brit. med. journal **2722,** 438—441. 1913.

Bourne konnte von 92 Fällen, bei denen wegen eines peptischen Magen- oder Duodenalgeschwürs eine Gastroenterostomie gemacht worden war, 67 nachuntersuchen. Die Mortalität

der Operation betrug 7,6%, doch war unter den letzten 53 Fällen kein Todesfall zu verzeichnen. Die Operierten ließen sich fast alle in 2 Gruppen teilen, solche, bei denen die Operation vollen Erfolg gebracht hatte (52%) und solche, bei denen keine Besserung zu konstatieren war (48%). Das Alter schien insofern einen Einfluß zu haben, als die Resultate um so besser waren, je älter der Patient war; wahrscheinlich wechselt der Geschwürstypus mit dem Alter. Von Männern wurden $^2/_3$ geheilt, Frauen nur $^1/_3$. Ohne Einfluß war die vorausgegangene Dauer der Beschwerden. Traten die Schmerzen erst ziemlich spät nach der Nahrungsaufnahme auf, so war die Prognose im allgemeinen günstiger. Duodenalgeschwüre und ebenfalls Geschwüre dicht am Pylorus scheinen somit für die Operation günstiger zu sein. Der Sitz des Geschwüres war in 37 Fällen im Duodenum und Pylorus, in 24 im Magen, in 7 Fällen konnte er nicht festgestellt werden. Die Gastroenterostomie wirkt nach B. als Drainage des Magens, die verhindert, daß der Speisebrei sich im Magen ansammelt, denselben dilatiert und immerfort mit dem Ulcus in Berührung kommt; zweitens wird eine Anhäufung des Magensaftes unmöglich gemacht. Die meisten Ulcusfälle gehen mit Hyperchlorhydrie einher, und da der saure Magensaft durch die Anastomosenöffnung gut abfließen kann, geben gerade die Fälle mit hohem Säuregehalt ein gutes Resultat. Die Gastroenterostomie erzeugt also 2 für die Heilung sehr wichtige Faktoren: 1. Ruhe, 2. normale Acidität. Die Operation der Wahl ist die Gastroenterostomia posterior; die vordere wird nur gemacht, wenn Kontraindikationen z. B. Verwachsungen, vorliegen. Bei starker Hyperchlorhydrie soll die Anastomose nahe dem Fundus angelegt werden, da so die rascheste Entleerung des Magens erfolgt und es zu keiner Säurestauung kommt, bei Pylorusstenose nahe dem Pylorus. Die Öffnung soll ziemlich groß gemacht werden, um einem vorzeitigen Schluß vorzubeugen. Meist wird die Operation ohne Schlingendrehung des Jejunum gemacht. Mißerfolge können eintreten 1. bei vorzeitigem Schluß der Fistel, und wenn die Faktoren, die zur Entstehung des Ulcus führten, weiter bestehen. Daher soll nach der Operation noch Alkali gegeben und Ulcusdiät eingehalten werden. Der Mund soll vor der Operation tadellos in Ordnung gebracht werden. 2. Durch Bildung von Jejunalgeschwüren. Ihre Ursachen kennen wir nicht; solange aber experimentell nachgewiesen ist, daß ein Ulcus nur bei Hyperchlorhydrie entsteht, muß eben Alkali gegeben werden. 3. Kommen scheinbare Rückfälle vor. Das Ulcus ist nach der Operation wahrscheinlich abgeheilt. Es bestehen trotzdem Erbrechen und Schmerzen. Hier kann es sich um Adhäsionsbeschwerden handeln, wenn z. B. ein Ulcus an der Vorderwand des Magens mit dem sehr empfindlichen Parietalperitoneum verwachsen ist, und nun bei Magenbewegungen an diesen Verwachsungen gezerrt wird — hier ist Alkali ohne Einfluß auf die Schmerzen — oder um carcinomatöse Degeneration. 60% des Carcinoms entstehen auf der Basis eines alten Ulcus. *Bernard* (Berlin).

Parlavecchio, G., Pylorusausschaltung mittels Schnur und nicht mittels Fadens. Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 299—301. 1913.

Verf. empfiehlt sein Verfahren zur Ausschaltung des Pylorus, bestehend in der zirkulären Okklusionsligatur des Antrum pyloricum mittels einer unelastischen Schnur, gegenüber den von anderer Seite angegebenen Modifikationen: er legt um das Antrum eine ca. 1 cm breite baumwollene Schnur und zieht sie so stark an, daß das Lumen verschlossen wird, jedoch ohne Strangulierung der umfaßten Gewebe. Die Enden der angezogenen Schnur werden vernäht, nicht verknotet; die Schnur wird durch Serosanähte versenkt. Dann wird die vertikale hintere Gastroenterostomie vorgenommen. Die Erfahrung hat gezeigt, daß die Okklusion durch die Schnur einige Monate hindurch eine vollständige bleibt, so daß die Ulcera völlig ausheilen können. *Oehler* (Freiburg i. B.).

Cunéo, Sur la blessure de l'artère colique moyenne au cours des opérations sur l'estomac. (Verletzung der Art. colica media bei Magenoperationen.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 174—179. 1913.

Im ersten der mitgeteilten Fälle wurde bei einer Gastrektomie wegen Pyloruscarcinoms mit der Art. gastroepiploica dextra gleichzeitig eine zweite Arterie in die Ligatur gefaßt, welche sich bei näherer Prüfung als die Art. colica media erwies, die in demselben Niveau, wie die Art. gastroepiploica dextra aus der Art. gastro-duodenalis entsprang. Der Verlauf war trotzdem ungestört. Im zweiten Falle wurde die Art. colica media bei einer Gastroenterostomie retrocolica in dem Augenblick verletzt, als nach vollendeter Anastomose der Mesokolonschlitz mit einigen Nähten am Magen fixiert werden sollte. Arterie und Vene mußten ligiert werden. Glatte Heilung. Im ersten Fall lag somit eine Gefäßanomalie vor, während im zweiten Fall ein technischer Fehler die Verletzung herbeiführte.

Beide Fälle bestätigen die mehrfach gemachte Beobachtung, daß die einfache Durchschneidung oder Unterbindung der A. colica media nicht zur Kolongangrän führen muß, während letzteres bei ausgedehnter Ablösung oder bei Zerreißungen des Mesokolon die Regel sein dürfte. *Adler* (Berlin).

Matthews, A. C., Gastrotomy with removal of 1149 foreign bodies, recovery. (Gastrotomie mit Entfernung von 1149 Fremdkörpern. Heilung.) California State journal of med. **11,** S. 13—17. 1913.

Beschreibung eines Falles, in welchem eine an manisch-depressivem Irrsein leidende Frau wegen einer Magengeschwulst operiert wurde. Patientin erkennt an, vor einigen Tagen eine Nadel verschluckt zu haben. Laparotomie. Die Geschwulstmasse füllte den Magen in seinen rechten zwei Dritteln und reichte ungefähr 4 Zoll weit in das Duodenum. Gastrotomie. Entfernung von 1149 Fremdkörpern hauptsächlich aus Haarnadeln, Sicherheitsnadeln, Nähnadeln, Knöpfen, allerlei Metallstücken bestehend. Entzündung und Geschwürsbildung der Magenschleimhaut. Schluß der Magenwunde. Bauchwandnaht. Dauer der Operation 3 Stunden 10 Minuten. Nach 19 Tagen Heilung. *Holzwarth* (Budapest).

Wurmfortsatz:

Williams, A. W., Modern treatment of acute appendicitis. (Moderne Behandlung der akuten Appendicitis.) Milit. surgeon **32,** S. 86—90. 1913.

Bjalokur, F., Zur Frage der Palpation des Wurmfortsatzes. Arch. f. Verdauungs-Krankh. **19,** S. 54—68. 1913.

Ein Beitrag zur methodischen Intestinalpalpation nach Th. Hausmann. Im Gegensatz zu diesem Autor kommt Bjalokur zu dem Schluß, daß ein vollkommen normaler Appendix nicht palpiert werden kann. Die chronische „Appendicitis catarrhalis" bildet daher das Objekt der Palpation in der Arbeit. Diese kommt sehr häufig bei Tuberkulösen vor, ist durch Palpation diagnostiziert, die Diagnose durch die besonders bei Tuberkulösen dringend indizierte Operation — um Ernährungsstörungen zu vermeiden — bestätigt worden. Für die Beziehung von Tuberkulose der Lunge und chronischer Appendicitis werden russische und französische Autoren angeführt. *Eugen Schultze* (Berlin).

Daniel, G., Hernies de l'appendice iléocaecal. (Über Appendicokelen.) Progr. méd. **41,** S. 93—97. 1913.

Verf. versteht darunter Brüche, in welchen sich der Wurmfortsatz als alleiniger Inhalt findet. Dieselben treten meistens in der rechten Leistengegend aus, doch können auch alle anderen Hernien den Appendix enthalten, was durch die Wanderung des Blinddarmes während seiner Entwicklung leicht zu erklären ist. Der Wurmfortsatz liegt immer in einem Bruchsack, ist er mit demselben verwachsen, so ist dies etwas Sekundäres. Die einfache Appendicokele macht keine Symptome und wird erst manifest durch die verschiedenen Komplikationen. Die erste und wichtigste von diesen ist die Appendicitis im Bruchsack. Man unterscheidet die gutartigen Formen, die phlegmonösen und nach Durchbruch des Abscesses die fistulösen. Zu einer Peritonitis kommt es selten. Die Diagnose ist nur im Anfangsstadium sicherzustellen. Die zweite Komplikation ist die Einklemmung des Wurmfortsatzes. Dieselbe ist oft zusammen mit der Appendicitis vorhanden, doch kommt sie sicher auch allein vor. Die Symptome sind die eines eingeklemmten Bruches, nur meistens ohne Zeichen eines Darmverschlusses. Als sehr seltene Komplikationen sind schließlich die in eine Cyste umgewandelte Appendicokele und der Krebs des in der Hernie befindlichen Wurmfortsatzes je einmal beschrieben worden. Die Therapie bei allen diesen Komplikationen besteht in der Appendektomie. *v. Winiwarter* (Wien).

Dickdarm und Mastdarm:

Tuffier, Angiomes de l'intestin. Angiome de l'S iliaque, avec hémorragie profuse. (Angiome des Darmes. Angiom der Flexura sigmoidea mit profuser Hämorrhagie.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 268 bis 274. 1913.

31 jähriger Anstreicher mit seit 7 Jahren bestehenden anfallsweise auftretenden Darmblutungen, welche schließlich den letalen Ausgang herbeiführten. Bei der Rectoskpoie sah man 22 cm oberhalb des Anus eine erbsengroße mit kleinen Gerinnseln bedeckte nicht blutende Anschwellung, und es blieb zweifelhaft, ob diese die wirkliche bzw. ausschließliche Quelle der Blutung sei. Die Autopsie ergab, daß an dieser Stelle zwei submucöse erbsengroße Angiome

saßen, während der ganze übrige Darmtractus frei gefunden wurde. Der Fall illustriert die Wichtigkeit der rectoskopischen Untersuchungsmethode und beweist, daß ein einziges, kaum wahrnehmbares Angiom den Tod durch Verblutung herbeiführen kann.

Adler (Berlin-Pankow).

Pankreas:

Deaver, John B., Pancreatic lymphangitis and chronic pancreatitis. (Lymphangitis des Pankreas und chronische Pankreatitis.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 1—4. 1913.

Deaver fand in 99 Fällen von Cholelithiasis das Pankreas 30 mal hart und höckerig, in 9 Fällen war es mäßig vergrößert, in 5 Fällen noch weich akut erkrankt mit Fettnekrose. Das Pankreas war also in 45% der Fälle verändert. Dies rührt von der Infektion des Pankreas her, welche nach Ansicht des Autors auf 3 Wegen stattfinden kann: 1. auf dem Zirkulationswege, 2. durch Übergreifen der Infektion naheliegender Organe, 3. auf dem lymphatischen Wege. Am häufigsten ist dieser letzte Weg, was auch das Verhältnis der Lymphbahnen des retroperitoneal liegenden Pankreas zum Ductus thoracicus und den Lymphbahnen anderer Bauchorgane erklärt. Direkte Verbindung zwischen Ductus thoracicus und den Lymphbahnen des Pankreas wurden schon durch die Injektionsmethode nachgewiesen. Die Lymphbahnen des Pankreas gehen nicht durch einen Hilus in das Organ, sondern zerstreut auf seiner ganzen Oberfläche, und dessen Folge ist, daß verschiedene Teile des Pankreas mit den Lymphbahnen verschiedener Bauchorgane in Relation treten und daher die Beteiligung verschiedener Pankreasabschnitte bei Entzündung und Infektion dieses oder jenes Bauchorganes, am häufigsten des Kopfes bei Erkrankung des Gallensystems. Die chronische Pankreatitis mit Anhäufung von interlobulärer und interacinärer Bindegewebsneubildung ist nicht zu heilen. Jedoch geht im Falle von pankreatischer Lymphangitis im Anfangsstadium, bevor der Verhärtungsprozeß eintritt und in welchem Ödem, Hyperämie und eventuell aufsaugungsfähiges entzündliches Exsudat Grund der Schwellung ist, nach Entfernung der Ursache die Schwellung des Organs bis auf das normale zurück, worüber sich D. bei Relaparotomien überzeugen konnte. In den häufigsten Fällen ist vor der Operation die Miterkrankung und Schwellung des Pankreas schwer oder gar nicht zu erkennen, was seinen Grund in der versteckten retroperitonealen Lage des Organes hat, und darin daß die Symptome der Erkrankung sehr unsicher sind. Die Außen- und Innensekretorischen Ausfallserscheinungen treten nur bei der Beteiligung des ganzen Organes auf und sind daher zur Diagnose nicht gut zu verwerten. Die Urinreaktion nach Camidge bewährte sich D. auch nicht. Die chronische Pankreatitis kann Vorläufer des Carcinoms sein. Die Lymphangitis des Pankreas tritt hauptsächlich bei Gallenleiden auf, daher die Therapie des Leidens, die Drainage der Gallenblase auf 6—8 Wochen, in Fällen von Exstirpation der Gallenblase die Choledochusdrainage. In Fällen, wo die Drainage eine fortwährende sein soll, ist Choledocho-duodenostomie die zu wählende Operation. In den Schlußfolgerungen sagt D., daß dem Studium der Ätiologie der Pankreatitis hauptsächlich in Beziehung mit den entzündlichen Krankheiten des Verdanungstractus Aufmerksamkeit zuzuwenden sei, daß die Behandlung im Anfangsstadium zur Heilung führt, jedoch im Stadium der Cirrhose quo ad restitutionen hoffnungslos ist, und daß die Pankreatitis, wie andere chronische Entzündungen des Verdauungstractes. wenn sie nicht unter annehmbarer Zeit einer internen Therapie weicht, chirurgisch anzugreifen ist. *Holzwarth* (Budapest).

Nebennieren:

Harttung, Heinrich, Über einen extrarenalen Nebennierentumor. (*Allerhlg. Hosp., Breslau.*) Bruns Beitr. zur klin. Chirurg. **83,** S. 135—148. 1913.

Verf. berichtet über einen von Tietze unter der Diagnose Pylorustumor operierten Fall von Nebennierentumor, welcher von einem versprengten Nebennierenkeim ausgegangen war. Der Tumor lag im rechten Epigastrium unter dem Rippenbogen retroperitoneal zwischen äußerem Rand des Duodenums und der Niere, ohne sichtbare Beziehung zu den anderen Organen, und ließ sich extrakapsulär in toto auslösen. Blutreicher Tumor. Metastasen waren

nicht nachzuweisen. (Heilung.) Nach dem Sitz des Tumors zu schließen dürfte er von einem Nebennierenkeim, wie sie im Verlauf der V. spermatica int. sich finden, seinen Ausgang genommen haben; nach seinem Aufbau handelt es sich um ein Neoplasma, welches von den Rindenzellen der Nebenniere ausgegangen ist (Hypernephrom der Nebenniere).

Die Diagnose dieser Tumoren der Nebenniere ist sehr schwierig (besonders die Differentialdiagnose gegenüber den Nierentumoren) und nur in den seltensten Fällen vor der Operation gestellt werden. Nach Israel metastasieren sie verhältnismäßig frühzeitig, früher als die Hypernephrome der Niere, verlaufen häufig mit Fieber (Folge der aseptischen Nekrose?). Wichtig ist die bisweilen beobachtete Bronzefärbung der Haut. Hämaturie kann vorhanden sein und kann fehlen je nach der Beteiligung der Niere. In dem mitgeteilten Falle standen die Magenerscheinungen im Vordergrunde des klinischen Bildes, welche auf einen stenosierenden Tumor des Pylorus hinwiesen, hervorgerufen durch Druck des Tumors auf die Duodenalwand.

Oehler (Freiburg i. B.).

Harnorgane:

Mazel, P., et J. Murard, Étude expérimentale de la néphrite aiguë par le sublimé et de son traitement chirurgical. (Experimentelle Studie über die akute Sublimatnephritis und ihre chirurgische Behandlung.) (*Laborat. d'histol. de la fac. de méd.*) Lyon chirurg. **9**, S. 35—46 u. 177—195. 1913.

Durch subcutane Injektionen von Sublimat wurde bei Kaninchen eine Nephritis hervorgerufen und deren Verlauf durch Nephrotomie oder Dekapsulation zu beeinflussen versucht. Bei schwerer Vergiftung hatte die Dekapsulation keinen Erfolg, die Nephrotomie führte bei allen Tieren durch die Größe des Eingriffs zum Tod. *v. Lichtenberg* (Straßburg).

Mantelli, Candido, Esperienze sul trapianto dei reni. (Erfahrungen über Nierentransplantation.) (*Istit. di patol. e clin. chirurg. dimostr., Univ. di Torino.*) Pathologica **5**, S. 69—70. 1913.

Homoplastische Transplantation des ganzen Harnapparates von neugeborenen Hunden auf erwachsene Hunde. 4mal Anastomose End zu End durch Naht, 5mal Vereinigung mit Hilfe feiner Glasröhrchen, alle 9 Fälle mißlangen trotz guter Technik. Auf Grund dieser Erfahrungen habe die Nierentransplantation beim Menschen wenig Aussicht auf Erfolg.

Magenau (Stuttgart).

Smith, Julian, Clinical lecture on stone in the kidney and ureter. (Klinische Vorlesung über Steine in der Niere und im Ureter.) Austral. med. journal. **2**, S. 885—888. 1913.

Swan, R. H. Jocelyn, A clinical lecture on tumours of the kidney. (Klinische Vorlesung über Nierengeschwülste.) Lancet **184**, S. 374—378. 1913.

Der Arbeit liegen 12 im Hospital behandelte Fälle und 2 durch Autopsie gewonnene Präparate zugrunde. Verf. teilt die Nierentumoren nach Garceau ein in: a) Solide Tumoren des Parenchyms, und zwar maligne T. (Hypernephrom, Carcinom, Sarkom), benigne T. (Adenom, Angiom etc.), embryonale T. (Dermoid, Rhabdomyom, Mischtumoren); b) Tumoren des Nierenbeckens (Papillom, Zottenkrebs, Epitheliom). — Statistische und pathologisch-anatomische Bemerkungen über diese Tumoren. Abbildung eines Präparates von erbsengroßem Hypernephrom, das bei einer Sektion entdeckt wurde, und Beschreibung eines durch Nierenexstirpation geheilten Falles von cavernösem Angiom bei einem 19jährigen Manne (Abbildung des Präparates). — Die anderen Einzelheiten, die nichts Neues bringen, müssen im Original eingesehen werden. *Kempf* (Braunschweig).

Hobermann, A., Ein Fall von subcutaner intrakapsulärer Nierenruptur. (*Städtisches Bassmanow-Krankenhaus in Moskau.*) Weljaminows Archiv für Chirurgie **28**, S. 936—943. 1913. (Russisch.)

In der vorliegenden Arbeit handelt es sich um einen 25 jährigen Mann, welcher am 4. Tage nach erlittener Verletzung ins Krankenhaus aufgenommen wurde. Sectio alta, Eröffnung der Blase, aus welcher über 4 Bierglas Blutgerinnsel entfernt wurden. Nach der Blasenspülung wurde festgestellt, daß aus dem linken Harnleiter weitere Gerinnsel entleert wurden. Lumbalschnitt. Kein retroperitoneales Hämatom. Die Niere intakt, cyanotisch. Tamponade. Am 9. Tage entleerten sich beim Verbandwechsel 2 Bierglas dunklen Blutes. Die Besichtigung der Wundhöhle ergab sekundären Riß der Capsula propria und Ablösung vom Parenchym. Nach 4 Monaten wurde der Kranke mit Erscheinungen einer Cystitis entlassen. Zum Schluß folgt noch eine Übersicht der Statistik der Behandlungserfolge der subcutanen Nierenrupturen.

	Fälle	Gestorben	Mortalitätsprozent
Konservative Behandlung	424	85	20 %
Operation mit Erhaltung der Niere	143	21	14,6 %
Nephrektomie	135	25	18,5 %

Hesse (St. Petersburg).

Pillet, Atrophie complète du rein à la suite d'une contusion lombaire grave. (Vollständige Atrophie der Niere infolge schwerer Quetschung der Lende.) Rev. de méd. lég. **20,** S. 45—47. 1913.

47 jähriger Maler, von der Versicherung zur Feststellung des Unfallschadens zugeschickt, fiel 1904 von der Leiter auf den Rand eines gefüllten Eimers. Verlust des Bewußtseins. Harnretention durch Verstopfung des Blasenhalses mit Blutgerinnsel. Fast ununterbrochen während 5 Monaten Hämaturie, schließlich Aufhören des Blutharns bei vertikaler Haltung. Wiedereintritt bei Ruhelage. Allmählich Klarwerden des Urins bei starkem Eiweißgehalt. 6 Jahre nach dem Unfall ergibt Prüfung folgendes: Subjektiv: leichte Behinderung der rechten Flanke bei Ermüdung. Objektiv: Rechts faustgroßer, wenig schmerzhafter Tumor, imponiert als Hydronephrose; Druckpunkt costo-vertebral empfindlich. Funktionelle Prüfung durch beiderseitigen Ureterenkatheterismus ergibt Kranke R Seite: Sonde 14 Ch. im inneren Drittel des Ureters aufgehalten, liefert, obwohl durchgängig, keinen Urin, ebensowenig gleichzeitig eingelegter Blasenkatheter; linker Katheter gibt normalen Harn.

Verf. schließt aus dem Befund, daß sich an die Nierenquetschung eine Obliteration des Ureters und Atrophie der Niere angeschlossen habe, gleichsam eine spontane Nephrektomie. Eine Nachforschung über die funktionelle Schädigung gequetschter Nieren, die bisher selten stattgefunden habe, sei wünschenswert.

Frank (Köln).

Thévenot, Léon, Le phlegmon périnéphrétique chez l'enfant. (Die perinephritische Phlegmone beim Kind.) Rev. prat. d. malad. d. org. génito-urin. **10,** S. 13—20. 1913.

Paranephritische Abscesse im Kindesalter sind ganz ungemein selten. Verf. hat einen Fall bei einem 9 jährigen Knaben beobachtet und operativ geheilt. Als Grund für die Seltenheit der Erkrankung gibt Thévenot einmal die geringe Ausbildung der Fettkapsel an, zweitens den Umstand, daß Kinder überhaupt wenig renalen und perirenalen Infektionen ausgesetzt sind. Symptomatologie und Therapie. *Posner* (Heidelberg).

Thompson, Ralph, Genito-urinary tuberculosis. (Über Urogenitaltuberkulose.) Guy's hosp. gaz. **27,** S. 51—52. 1913.

Verf. hat das Sektionsmaterial von Guys Hospital (1890—1909) und des Victoriakinderhospitals (1889—1912) in London auf die Fälle von Urogenitaltuberkulose auch in Verbindung mit Tuberkulose anderer Organe durchgesehen und kommt zu dem Schluß, daß in etwa 50% der Fälle eine rechtzeitige Operation Erfolg hätte haben können. *Ellermann* (Danzig).

Drew, Douglas, Large renal calculus associated with sarcoma of the kidney. (Großer Nierenstein verbunden mit Sarkom der Niere.) Lancet **184,** S. 521 bis 522. 1913.

Mitteilung eines Falles, der sich durch die Größe des Steines sowohl, wie durch die Ausdehnung des Tumors auszeichnet. Die Trägerin, im Alter von 46 Jahren, hatte trotz vieler Beschwerden noch bis 4 Wochen vor ihrem Tode gearbeitet. Sie bot einen Tumor, der die ganze rechte Bauchhälfte vom Rippenbogen bis zum os pubis einnahm, Die Niere produzierte wenig eitrigen Urin. Die Operation ergab in vereiterten, nekrotischen Massen des wegen des Zustandes der Frau nicht zu entfernenden Tumors einen Stein im Gewicht von 461 g (tocken: 344 g). (Abbildung.) Die 14 Tage nach der Operation ausgeführte Sektion zeigte ein riesenhaftes zerfallendes, von Blutungen durchsetztes Spindelzellensarkom der Niere. Verf. glaubt, die Geschwulstentstehung auf den chronischen Reiz des Steines zurückführen zu sollen.

Hoffmann (Dresden).

Mosny, Javal et Dumont, Hydronéphrose de 30 litres diagnostiquée tardivement par l'examen physico-chimique du liquide. (Spätdiagnose einer 30 l Flüssigkeit enthaltenden Hydronephrose durch physikalisch-chemische Untersuchung.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **3,** S. 9—24. 1913.

25 jährige Frau. Seit 17 Jahren zunehmende Vergrößerung des Leibes. Vor 10 Jahren Punktion. Diagnose: Tuberkulöse Peritonitis. Vor 6 Jahren nach leichtem Trauma Hämaturie. Damals Nierentuberkulose angenommen. Jetzige Aufnahme wegen Phlebitis. Im Urin Blut.

Durch Punktion werden 15 und 21 Liter brauner Flüssigkeiten von dem Leib entleert. Es tritt nach dieser Punktion Verschlechterung des Allgemeinbefindens und nach Uretherkatheterismus Pyurie auf. Mit der letzten Punktion wurden 14 Liter eitriger, stinkender Flüssigkeit entleert. Tod. Erst die Untersuchung der Punktionsflüssigkeit hat die Diagnose entschieden, welche wegen des schlechten Allgemeinzustandes der Patientin nicht mehr therapeutisch verwertet werden konnte. Bei der Sektion enthielt der riesige linksseitige Hydronephrosensack noch 30 Liter eitriger Flüssigkeit. Alle Därme waren bis auf das Colon descendens dahinter verdrängt. *v. Lichtenberg* (Straßburg).

Harpster, Charles M., Tumors of the bladder, with further case reports and review of the high frequency method of treatment. (Blasentumoren mit weiteren kasuistischen Mitteilungen und Bericht über Behandlung mit hochfrequenten Strömen.) Americ. journal of surg. **27,** S. 17—19. 1913.

Die endovesicale Entfernung von Geschwülsten mit Hilfe des Cystoskops ist schwer, und ein wirklich ideales Operationscystoskop ist noch nicht erfunden. Verf. hat deshalb die von Beer (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1910) angegebene Methode geprüft und war sehr befriedigt von dem Resultat. Er benutzt den Oudinschen Strom und ein ein- oder doppelläufiges Cystoskop. Bei Benutzung des doppelläufigen kann die Blase durch einen der beiden Kanäle gespült werden. Durch den anderen Kanal wird ein Ureterkatheter Nr. 6 geführt, den man an seinem der Blase zugekehrten Ende gerade abschneidet. Durch den Katheter gleitet die Elektrode hin und her. Als solche verwendet Verf. einen einfachen Kupferdraht, der mit schwarzem Emaillack überzogen ist. Diese Vorrichtung ist besser als die Verwendung von mehreren feineren Drähten mit Gummiisolierung. Die Anwendung des hochgespannten Stromes erfordert eine genaue Überwachung, so daß jederzeit der Strom auf ein gegebenes Zeichen von dem Assistenten unterbrochen werden kann. Verf. appliziert den Strom direkt auf die Geschwulst, oder er läßt ihn auf diese überspringen oder er stößt die Elektrode ein Stückchen in die Geschwulst hinein und schließt dann den Strom für etwa 30 Sekunden. Als Blasenfüllung wird Magnesiumsulfat- oder Borlösung usw. verwendet. Es werden verschiedene Einzelfälle angeführt, bei denen mit gutem auch Dauererfolg die Methode in Anwendung kam. Im ganzen wurden 10 Fälle nach der Beerschen Methode behandelt, darunter 2 Fälle maligner Tumoren, die durch Sectio alta exstirpiert waren. Mit Ausnahme dieser waren die Resultate der Behandlung vorzüglich. Verf. hält daher die Methode zur Entfernung gutartiger Blasentumoren für die zurzeit beste und sicherste. *Kotzenberg* (Hamburg).

Chetwood, Charles H., Contracture of the neck of the bladder. (Kontraktur des Blasenhalses.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 257—259. 1913.

Unter den verschiedenen Ursachen, die eine Blasenatonie hervorrufen können, gibt es eine, auf die Verf. als selten und wenig beachtet hinweist. Es ist das die Kontraktur des Blasenhalses. Sie besteht ohne gleichzeitige Veränderung an der Prostata oder dem Nervensystem in zuweilen fibröser, meist entzündlicher Stenose am Sphinkter internus und schließt ev. einen Teil der Pars prostatica urethrae mit ein. Verf. hat anläßlich des Todes eines solchen Patienten sich makroskopisch und mikroskopisch davon überzeugen können, daß nur ein chronisch und akut entzündlicher Prozeß im submucösen und Muskelgewebe bei völlig intakter Schleimhaut der Blase vorlag. Ätiologisch kommt ev. Gonorrhoe oder Syphilis in Betracht. Klinisch steht wechselnd starke Urinretention bis zu völliger Harnverhaltung im Vordergrund; es besteht bald starke Balkenblase. Der Sphinkter ist dabei für starke Instrumente (Kystoskop) durchgängig. Für die Behandlung dieser als mechanisch anzusehenden Kontraktur schlägt Verf. chirurgisches Vorgehen vor. Unter Lokalanästhesie wird eine kleine Incision am Damm angelegt, so daß der eingeführte Finger sich von der Beschaffenheit des Gewebes am Blasenhals überzeugen kann. Dann wird, am besten zu beiden Seiten, mit dem Galvanokauter-Messer ohne Blutung die Stenose excidiert.

Hoffmann (Dresden).

Lauenstein, C., Quetschung des Leibes durch Fahrstuhl. Intraperitoneale Zerreißung der Blase. Laparotomie. Naht der Blase. Heilung. (*Hafenkrankenh., Hamburg.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 124—125. 1913.

2½ Stunden nach der Verletzung wurde der Leib zwischen Nabel und Symphyse eröffnet, er war mit Urin und Blut gefüllt. Naht des zwei Fingerglied langen Blasenrisses. Da sonst keine intraperitonealen Verletzungen zu finden, Ausspülung der Bauchhöhle mit 0,9 proz. Kochsalzlösung, dann Naht der Bauchwunde mit Drainage und Einlegen eines Dauerkatheters. Abgesehen von mäßiger Eiterung in der Bauchwunde glatter Heilungsverlauf. *Janßen* (Düsseldorf).

Veau et Montet, Malformation rare de l'urèthre. (Seltene Mißbildung der Urethra.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris S. 2. 1913.

Beschreibung eines sonderbaren Falles von Hypospadie. Nach Zurückziehung der Vorhaut sieht man an der Stelle der Eichel eine platte Ebene, an deren tiefster Stelle sich die Uretralöffnung befindet. Diese Anomalie verursacht keine Beschwerden. *Béla Dollinger.*

Rutherfoord, T. C., Note of a case of impacted calculi in the urethra presenting unusual features. (Ein Fall von in die Urethra eingeklemmten Steinen von ungewöhnlicher Gestalt.) Lancet **184,** S. 527. 1913.

Bei einem mit Miktionsbeschwerden und seit 5 Monaten bestehenden Harnträufeln behafteten Manne von 22 Jahren, fand sich zwischen Anus und Skrotum am Damme palpabel ein eingekeilter Stein. Bei der Urethrotomie fand sich ein ovaler Stein von über einem Zoll Durchmesser, der extrahiert wurde und hinter diesem ein zweiter, doppelt so großer, der vor der Entfernung zertrümmert werden mußte; dabei ergab sich, daß er wie eine Sanduhr gestaltet war; der eine Teil lag in der Blase, der andere in der Urethra, die Einschnürungsstelle am Sphinkter. *Hoffmann* (Dresden).

Hofmann, Arthur, Zur Behandlung der totalen Harnröhrenzerreißungen. (*Städt. Krankenh., Offenburg.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 155—156. 1913.

Nach Sectio alta führt Verf. von der Blase aus einen Metallkatheter bis zur Rupturstelle. Der Katheter wird durch einen Schnitt freigelegt. Er trägt an der Spitze eine Halbrinne, in die ein mit einem Knopf versehener weicher Katheter gelegt wird. Es gelingt nun leicht, den weichen Katheter mit zurückzuziehen. Dann wird der Metallkatheter von der Harnröhrenmündung aus eingeführt und das zweite ebenfalls knopfförmige Ende des Gummikatheters in die Halbrinne gelegt und nach vorn durchgezogen. Die beiden Enden werden schließlich mit einem Faden zusammengebunden. Der Katheter bleibt mehrere Tage liegen und wird täglich hin und her gezogen. *Denks* (Hamburg).

Michon, Rétrécissement de l'urètre pénien consécutif à une brûlure par acide sulfurique. Extirpation de l'urètre pénien. Reconstitution du canal par autoplastie cutanée. (Verletzung des Penisteiles der Harnröhre durch Schwefelsäure; Entfernung dieses Harnröhrenteiles und Rekonstitution durch Hautplastik.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 158—160. 1913.

Michon berichtet über eine seltene Verletzung der Harnröhre, welche durch Injektion von Schwefelsäure in dieselbe entstand. Pat. kam 4 Jahre nach dem Unfalle in M.s Behandlung mit einer hochgradigen Striktur, welche 1 cm hinter der äußeren Harnröhrenöffnung begann. Eine Urethromia interna mit nachfolgenden elektrolytischen Sondierungen brachte nur einen vorübergehenden Nutzen, die Harnröhre verengte sich wieder dermaßen, daß nur ein filiformes Bougie eingeführt werden konnte. Nun exstirpierte M. aus zwei kleinen Schnitten (der eine hinter der Glans, der andere vor dem Scrotum) nach Unterminierung der Haut 9 cm der Urethra und ersetzte den Defekt durch einen gestielten Hautlappen aus dem Scrotum nach Nouvée-Jousseraud. Anlegung einer perinealen Harnröhrenfistel. Die Spitze des Lappens starb ab und es waren 5 Nachoperationen nötig, um den Defekt zwischen der neugebildeten Urethra und dem zurückgelassenen vorderen Teile der Harnröhre zu ersetzen und die penoscrotale Fistel zu schließen. Doch es gelang endlich; die Urethra ist für 20 Charrière durchgängig, Erektionen normal und nicht schmerzhaft. Die am Perineum angelegte Harnröhrenöffnung schloß sich spontan. *Pólya* (Budapest).

Hautefort, L., Corps étrangers de l'urèthre et de la vessie. (Fremdkörper der Harnröhre und der Harnblase.) Journal de méd. de Paris **33,** S. 142. 1913.

Eine Stecknadel wurde aus der männlichen Harnröhre durch Urethrotomia externa, ein Thermometer aus der Blase eines Mädchens, unter gleichzeitiger Füllung, mittels einer gewöhnlichen Pinzette entfernt. *Posner* (Heidelberg).

Portner, Ernst, Strikturen der Harnröhre. Med. Klinik **9,** S. 24 u. 65—66. 1913.

Männliche Geschlechtsorgane:

Dercum, F. X., The nervous phenomena of prostatic disease and their relation to treatment. (Die nervösen Phänomene bei Prostataerkrankungen und ihre Beziehungen zur Behandlung.) Therap. gaz. **37,** S. 77—79. 1913.

Fullerton, Andrew, Note on a series of fifty-five cases of suprapubic prostatectomy, with four deathes. (Bemerkungen über eine Serie von 55 Fällen suprapubischer Prostatektomie mit 4 Todesfällen.) Brit. med. journal **2720,** S. 332—335. 1913.

Die Bemerkungen des Verf. erstrecken sich vor allem auf die postoperativen Komplikationen und darauf, wie er ihnen mit relativ gutem Erfolg begegnet ist. Die vier Todesfälle erfolgten je einmal an Urämie, an perinephritischem Absceß, an einem Kollaps infolge Lumbalanästhesie und an akuter Sepsis. Die beiden wichtigsten Punkte bei der Prostatektomie sind die Schnelligkeit des Operierens, die am meisten geeignet ist, Kollapsen, postoperativen Pneumonien usw. vorzubeugen, sowie die genaue Beschränkung der Operation auf die Prostata inkl. Kapsel. Diese letztere Vorsicht ist die beste Prophylaxe gegen Hämorrhagien aus dem Prostatabett, gegen suprapubische Fisteln und postoperative Inkontinenz (Erhaltung einer genügenden Portion des Sphincterapparates). Gegen septische Zufälle wirkt prophylaktisch die gute Ableitung des Urins durch ein genügend dickes Rohr, gegen eine Ventralhernie, die Beschränkung auf einen möglichst kleinen Haut-Weichteilschnitt, sowie die Mitnahme der Rectusränder in die durchgreifenden Nähte. — Fibröse Prostatae sind am besten nicht total zu exstirpieren, Blasensteine stets mit zu entfernen, und zwar ist besonders nach ihnen zu fühlen, da kleinere Konkremente bei mangelnder Aufmerksamkeit leicht übersehen werden. Eine suprapubische Fistel war die Folge davon, daß sich über dem Prostatabett eine narbige Membran gebildet hatte, durch die der Abfluß des Urins nach unten verhindert wurde. Diese Membran wurde durch radiäre Incisionen geteilt und dadurch die suprapubische Fistel zum Verschluß gebracht. Zwei Fälle von nicht beeinflußbarer Inkontinenz schiebt Verf. auf zu weitgehende Entfernung der Blasenbodenschleimhaut mit Verletzung des Sphincter urethrae. Epididymitis und Orchbitis kam öfters vor, wurde mit lokaler Therapie beseitigt.

Ruge (Frankfurt a. O.).

Culler, Robert M., Epididymotomy, a plea for a rational treatment of epididymitis. (Epididymotomie, ein Vorschlag zur rationellen Behandlung der Epididymitis.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 415—416. 1913.

Bei der Beteiligung des Nebenhodens an der gonorrhoischen Infektion handelt es sich pathologisch-anatomisch um kleine Abscesse oder cystische Herde. Deshalb tritt Culler für chirurgische Behandlung solcher Epididymitiden mit Incision und Drainage ein. Gegenüber Hagner in Washington, der zuerst die Aufmerksamkeit auf die ausgezeichneten Erfolge der Epididymotomie lenkte, hat C. die Technik der Operation vereinfacht. Die in 16 Fällen angewandte Operation verläuft folgendermaßen:

Äthernarkose. $^3/_4$ Zoll langer Längsschnitt über der stärksten Infiltration bis auf die fibröse Hülle des Nebenhodens. Punktion der Tunica vaginalis testis. Incision der fibrösen Kapsel des Nebenhodens. Stumpfe Eröffnung des Eiter- oder Flüssigkeitsherdes durch Einbohren und Öffnen der Branchen einer Gefäßklemme. Fixieren eines 1 Zoll langen Gummidrains im Grunde der Wunde durch Naht. Reichlicher Verband und Suspensorium. Dauer des Eingriffes 2 Minuten. Lokalanästhesie ist besonders bei entzündlicher Beteiligung der Haut nicht zu empfehlen. Die Punktion der akuten Hydrocele geschieht vor Eröffnung des Nebenhodens, um Infektion des Hydrocelensackes zu vermeiden. Entfernung des Drains nach 48 Stunden. Vorteile der Operation: Plötzlicher und dauernder Nachlaß der Schmerzen, Entfieberung nach 48 Stunden. Schnelle Abschwellung der entzündeten Teile, schnelle Heilung der Wunde.

Ob die Operation in Fällen von bilateraler Entzündung Sterilität zur Folge haben kann, ist noch nicht festgestellt. Verf. meint, daß die durch Incision gesetzte Narbe in dieser Beziehung weniger schädlich wirkt als die Narbenbildung nach konservativer Behandlung. *Kempf* (Braunschweig).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Charbonnel, M., Le traitement moderne des ankyloses des membres. (Die moderne Behandlung der Extremitäten-Ankylosen.) Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Bordeaux **5**, S. 51—54. 1913.

Die modernen operativen Behandlungsmethoden der Extremitäten-Ankylosen haben versucht, an dem althergebrachten Grundprinzip: Mobilisation an der oberen, Versteifung an der unteren Extremität, zu rütteln. Zwei Methoden sind hier besonders zu nennen: 1. Das Interpositionsverfahren, von Helferich inauguriert, verwendet (fast ausschließlich gestielte) Gewebslappen von Muskulatur, serösen Häuten (Synovialis, Peritoneum, Hydrocelenmembran, Amnion), Fascie und Fettgewebe. Die ungestielten (freien) Interpositionen dieser Gewebe sind wegen mangelhafter Resultate (infolge neuerlicher Schwartenbildung) allgemein verlassen worden; nur der bekannte Fall einer gelungenen Kniegelenksmobilisation (mit Amnion) von Schmerz bildet eine Ausnahme. Genaue Schilderung des technischen Vorgehens bei der Mobilisierung fibröser und ossärer Ankylosen nach Payr. Der Grund der guten Erfolge der Gewebsinterposition ist darin zu suchen, daß das Interpositum nicht zugrunde geht, sondern durch fibröse Umwandlung und Bildung verschieden großer seröser Hohlräume (durch partielle Nekrose) die Entstehung einer Reankylose verhindert. Es bildet sich eine neue Gelenkskapsel teils aus den stehengebliebenen Knorpelresten durch fibröse Umwandlung, teils durch die schon erwähnte Umwandlung des Interpositums. Anführung einer Reihe guter Resultate aus der Literatur (Huguier, Reiner, Chaput, Payr). 2. Das Transplantationsverfahren (Lexer, Küttner, Ducuing), das in 3 Modifikationen geübt wird. a) als Knorpeltransplantation mit schmalem Knochensaum (greffes à la Tuffier), b) als Transplantation halber Gelenke (bei Ankylosen noch nicht verwendet), c) als vollkommene Gelenkstransplantation (Lexer). Charbonnel meint, daß es häufig schwer halten dürfte, sich geeignetes frisches menschliches Material zu verschaffen, und daß deswegen diese Art der Ankylosenbehandlung schwerlich Eingang in die Praxis finden dürfte. Bei Besprechung der Indikationen und Kontraindikationen betont Ch., daß man stets den Patienten vorher aufmerksam machen müsse auf die Schwierigkeiten, die lange Dauer und die Möglichkeit eines Mißerfolges. Auch müsse die Grundkrankheit des Gelenkes vollkommen abgelaufen sein. Bei starker Retraktion der Weichteile spitzwinklig ankylosierter Gelenke der unteren Extremität wird auch heute noch eine Geradestellung mit Fixation unter Verzicht auf freie Beweglichkeit das Beste sein. Gute Resultate wird man überhaupt nur erzielen bei gesunden, kräftigen jungen Leuten (aber nicht Kindern!), welche noch über einen genügenden muskulösen Bewegungsapparat verfügen, und welche, wie Payr hervorhebt, auch wirklich geheilt werden wollen, also nicht bei Rentenjägern der arbeitenden Klasse. Der Autor sieht den Wert dieser neuen Methoden mehr auf theoretischem als auf praktischem Gebiet. Für Ankylosen der unteren Extremität wird seiner Meinung nach die Ankylosierung in guter Streckstellung nach wie vor ihren Wert beibehalten. *v. Saar* (Innsbruck).

Villard, E., et L. Tavernier, Résections articulaires sans drainage. (Gelenkresektionen ohne Drainage.) Lyon chirurg. **9**, S. 110—132. 1913.

Verff. behandeln in dieser längeren Abhandlung das Weglassen der Drainage nach Gelenkresektionen. Die Nachteile der Drainage nach Resektionen sind: Fistelbildung an der Stelle des Drains, die langwierige Heilungsdauer und gewisse Schwierigkeiten bei dem Verbandwechsel. Das Operationsverfahren besteht darin, daß jeder tuberkulöse Herd auf das minutiöseste entfernt wird und die Blutung peinlich gestillt wird. Die zufolge der Resektion entstandenen Hohlräume werden mittels Nähten womöglichst verkleinert. Die Operationswunde wird nach Vollendung der Muskel und Fasciennaht ohne Drainage vereinigt. Verff. berichten über 19 Fälle, wo sich dieses Verfahren sehr gut bewährt hat. Ein großer Vorteil desselben ist ferner einfache Nachbehandlung.

Ausnahmsweise, z. B. bei bereits infizierten, fistulösen Gelenken, sowie im Falle von größeren Abscessen kann die Drainage natürlicherweise nicht entbehrt werden.

Béla Dollinger (Budapest).

Tecqmenne, Absence congénitale du radius et du péroné. (Angeborener Radius und Peronedefekt.) Ann. de chirurg. et d'orthop. **26,** S. 21—25. **1913.**

Der angeborene Defekt des Radius war rechts vollkommen, links fand sich noch ein Rudiment davon. Rechts bestand auch ein Defekt des Daumens und des Metacarpus I, der Carpus wurde nur aus 3 Knochen gebildet, links war nur noch der Metacarpus I mangelhaft entwickelt. Beiderseitige Klumphand. Der Anus mündete in die hintere Kommissur der Vulva. In dem anderen Falle fehlte die Fibula, der Unterschenkel war nach außen abgebogen, der tarsus bestand nur aus 3 Knochen. T. erklärt die Mißbildungen durch eine Kompression der amniotischen Hülle. *Bergemann* (Berlin).

Goebel, W., Ersatz von Finger- und Zehenphalangen. (*Kölner Akad. f. prakt. Med.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 356—357. 1913.

Analog dem Vorgehen von Wolff bei Spina ventosa einer Fingerphalanx ersetzte G. die von einem Enchondrom befallene Grundphalanx des vierten Fingers (bei 16jährigem Jungen) durch die Grundphalanx der zweiten Zehe. Die Einheilung erfolgte reaktionslos. Dem Ergebnis der Röntgendurchleuchtung entsprechend, welche nach Wochen ein in sämtlichen Teilen gut erhaltenes Transplantat zeigte, war auch das funktionell erzielte Resultat ein gutes. G. gibt diesem Verfahren, gegenüber der von anderen Autoren zur Behandlung der Spina ventosa empfohlenen und praktisch oft geübten Verpflanzung des Periostknochenspanes zwischen die zu erhaltenden Epiphysen, unbedingt den Vorzug. Von wesentlicher Bedeutung für das Gelingen der Transplantation bezeichnet auch G. die frühzeitige funktionelle Inanspruchnahme. *Rehn* (Jena).

Fowelin, Harald, Ein Fall von partieller Naht der Arteria brachialis und ein Fall von zirkulärer Naht der Arteria femoralis. (*Stadtkrankenh., Riga.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **83,** S. 56—61. 1913.

Der Titel gibt den Inhalt der kurzen Mitteilung. In beiden Fällen konnte der Erfolg der Gefäßnaht nach Carrel-Stich durch Aufnahme von Sphygmogrammen an den peripher von der Verletzungsstelle gelegenen Gefäßen (Radialis, Dorsalis pedis) kontrolliert werden. Verf. weist im Anschluß an die Mitteilung seiner zwei Fälle auf die bekannte Tatsache hin, daß trotz querer Durchtrennung des Stammgefäßes peripher Pulsation nachweisbar sein kann. In solchen Fällen sei das v. Wahlsche Auscultationsverfahren von ausschlaggebender Bedeutung für die Diagnosenstellung. *Sievers* (Leipzig).

Obere Gliedmaßen:

Elliott, T. R., Shoulder-joint lesions in syringomyelia. (Schultergelenkverletzungen bei Syringomyelie.) Proceed. of the r. soc. of med., London **6,** Neurol. sect. S. 77—78. 1913.

Molineus, Cleidoplastik aus der Spina scapulae. (*Akad. f. prakt. Med., Düsseldorf.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 180—187. 1913.

Nach einer kurzen einleitenden Bemerkung, in der die bisherigen Operationsverfahren genannt werden, beschreibt Verf. eine neue Methode zum Ersatz einer resezierten Clavicula aus der Spina scapulae, die in 2 Fällen mit gutem funktionellem Erfolg angewandt wurde. Beide Male handelte es sich um Tumor im peripheren Abschnitt der Clavicula.

Operationsmethode: epaulettförmiger Schnitt handbreit neben der Wirbelsäule beginnend, über die Spina scapulae, um die Schulter herum und unterhalb der Clavicula bis gegen das Brustbein. Durchtrennung der Muskelansätze, Auslösen der Clavicula und Resektion. Es folgt Ablösung des M. supra- und infraspinatus, Abmeißlung der Spina und Drehung derselben um ihr akromiales Ende. Befestigung mit dem Stumpf der Clavicula durch 2 Drahtnähte.

Die einzige Schwierigkeit der Operation war in beiden Fällen nur das Auslösen der Clavicula, da beide Male der Tumor mit den großen Gefäßen verwachsen war.

v. Tappeiner (Greifswald).

Süssenguth. Ludolf, Ein Fall von hochgradiger Exostosenbildung nach einer suprakondylären Oberarmfraktur. (*Städt. Krankenh., Altona.*) Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenvers. **20,** S. 49—52. 1913.

Parrish, Robert C., Longitudinal fracture of the lower extremity of the radius. (Längsfraktur des unteren Radiusendes.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 123. 1913.

Verf. gibt eine Röntgenaufnahme einer solchen Verletzung, die er für sehr selten hält im Gegensatz zu den Querbrüchen. Sie sollen durch direkte Gewalt, die auf das Handgelenk einwirkt, entstehen. *Wiemann* (Flensburg).

Untere Gliedmaßen:

Künne, Bruno, Die angeborene Hüftgelenkverrenkung. Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 353—355. 1913.

Sammelreferat.

Perrin, Marc, La coxa vara. (Coxa vara.) Journal de méd. de Paris **33,** S. 122. 1913.

Zusammenfassung der Äthiologie der Coxa vara und bekannte äthiologische Einteilung derselben. Die Coxa vara traumatica kann von der Coxa vara idiopathica, deren Äthiologie unbekannt ist, oft nur schwer unterschieden werden. Dieser Umstand kann bei der Beurteilung von Unfallsversicherungsanlgelegenheiten der Arbeiter Schwierigkeiten verursachen. Bezüglich der Therapie kommt in erster Reihe die konservative orthopädische Behandlung in Betracht, Osteotomien werden nur ausnahmsweise gemacht. *Béla Dollinger* (Budapest).

Chaput, Greffe adipeuse. Résultat éloigné d'un vaste évidement du tibia traité avec succès par la greffe adipeuse en 1904. Radiographie. (Fetttransplantation. Dauerresultat nach breiter Ausräumung der Tibia und erfolgreicher Behandlung durch Fetttransplantation im Jahre 1904.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 203—205. 1913.

46jährige Frau mit chronischer Osteomyelitis der Tibia. Totalausräumung der Markhöhle der Tibia und Implantation eines der Bauchwand der Kranken entnommenen Fettstreifens in die Markhöhle. Fistellose Einheilung. 8 Jahre später erneute Ausräumung eines osteomyelitischen Herdes oberhalb des ersten; bei dieser Gelegenheit überzeugte sich Chaput von der Beschaffenheit des Transplantats: es sah weiß und sklerosiert aus. Auch bei der zweiten Operation wurde der Defekt durch einen Fettlappen ausgefüllt. Die Röntgenbilder lassen die geschilderten Verhältnisse erkennen. *Adler* (Berlin-Pankow).

Skinner, E. H., A new method for the determination of the prognosis of ankle and wrist fracture. (Eine neue Methode zur Bestimmung der Prognose von Knöchel- und Handgelenksbrüchen.) (Meet. of the Americ. Roentgen ray soc., Niagara Falls, sept. 11—14, 1912.) Arch. of the Roentgen ray **17,** S. 345. **1913.**

Bei Knöchelbrüchen hängt das funktionelle Resultat von der entsprechenden Reposition des Talus ab; dazu ist eine genaue Kenntnis der normalen anatomischen Verhältnisse im Röntgenbilde notwendig. Eine Axiallinie der Tibia, welche durch die Mitte ihrer unteren Gelenksfläche verläuft, muß auch durch das Zentrum des Talus gehen, darin liegt zugleich das Geheimnis einer idealen Reposition der Pottschen Brüche. Eine solche Reposition ist wichtiger als die gewohnte anatomische Reposition der Bruchenden. — Bei Brüchen des Handgelenkes (Radiusbrüchen) ist darauf zu achten, daß unter normalen Verhältnissen die Längsachse des Radius zwischen den proximalen Epiphysen des II. und III. Metakarpalknochens verläuft. Eine zweite, unter rechtem Winkel darauf gezogene Linie geht durch die Spitze des Processus styloideus der Ulna. Ist der Processus styloideus des gebrochenen Radius hinter dieser zweiten Linie gelegen, dann ist der Bruch nicht gehörig eingerichtet, und das funktionelle Resultat wird kein gutes. Bei der Reposition soll außerdem auch darauf geachtet werden, daß die Gelenksfläche des Radius unter normalen Verhältnissen etwas nach abwärts geneigt ist. *Gergö* (Budapest).

Weisz, Eduard, Beitrag zur Behandlung versteifter Fußgelenke. (*Dr. E. Weisz' Heilanst. Pöstyén.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 309—310. 1913.

Der empfohlene Apparat besteht aus einer am Unterschenkel durch Gurte zu befestigenden Schiene mit 2 Bügeln, die in entsprechendem Abstand zu einander, den Fuß zwischen sich aufnehmen. Durch Anbandagieren des Fußes mittels Gummibinde an den proximalen oder den distalen Bügel wird Dorsal- resp. Plantarflexion schonend bewirkt. *Peltesohn* (Berlin).

Grune, Otto, Ein Beitrag zur Luxatio pedis sub talo. (*Akad. f. prakt. Med., Köln a. Rh.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 190—195. 1913.

Wiedergabe einer einschlägigen und einer die bloße Bandzerreißung im unteren Sprunggelenk zeigenden Beobachtung, an denen Mechanik und Symptomatologie der Verletzung kurz erörtert werden. *Goebel* (Köln).

Grune, Otto, Ein Fall von isolierter Kahnbeinfraktur des Fußes. (*Akad. f. prakt. Med., Köln a. Rh.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 195—196. 1913.

Röntgenographisch nachgewiesener Kompressionsbruch bei 6jährigem Jungen nach Sprung aus 1 m Höhe auf die Fußspitze. *Goebel* (Köln).

Velez, Pies varus congénitos corregidos incruentamente. (Die unblutige Behandlung des Pes var. congen.) (*Academia de medicina de Barcelona.*) La crónica médica **25,** S. 8. 1913. (Spanisch.)

Verf. stellt mehrere Fälle von angeborenen Klumpfüßen vor, die er mittels unblutiger Reposition in Narkose und darauffolgenden Gipsverbänden zur Heilung brachte. Nach Auffassung des Verf.s ist der angeborene Klumpfuß bei Kindern bis zu 14 Jahren stets ohne Operation heilbar. Verf. warnt vor der Anwendung von orthopädischen Apparaten und hält den Gipsverband für das einzig brauchbare Verfahren. Velez hat damit, selbst bei ganz kleinen Kindern, niemals Drucknekrosen erlebt. *Lazarraga* (Marburg a. L.).

Turner, Die heutige Richtung in der Behandlung des Klumpfußes. Russki Wratsch **12,** S. 37—42. 1913. (Russisch.)

Verf. bespricht die historische Entwicklung der Klumpfußoperationen und auf Grund seiner Erfahrung kommt er zu folgenden Schlußfolgerungen. Bei Kindern und jugendlichen Individuen kann durch operatives Eingreifen an den Fußmuskeln ein Effekt erreicht werden. Durchschneidung der M. tibialis anticus und posticus, der Achillessehne und der Fascia plantaris mit später fortgesetzten manuellen Eingriffen kann tadellose Resultate geben. Ein operativer Eingriff an den Knochen ist nur da indiziert, wo schon große Transformationen des Skelettes vorliegen. *Joffe* (Dorpat).

Frattin, G., Eine neue Anwendung der freien Osteoplastik in der Fixation des paralytischen Fußes. (*Städt. Krankenh., Suzzara.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 229 bis 231. 1913.

Verf. hat zur Fixation des paralytischen Fußgelenkes bei einem 15jährigen Mädchen mit alter spinaler Kinderlähmung eine osteoplastische Operation folgendermaßen ausgeführt: Es wurde nach einem lateralen Schnitt vom unteren Teile der Fibula eine Osteoperiostlamelle von genügender Länge und maximaler Dicke von $^1/_2$ cm mit dem Meißel abgelöst, dieselbe dann zwischen die betreffenden, durch Anfrischung vorbereiteten Flächen des äußeren Malleolus und des Calcaneus gebracht und hier mittels einiger Seidenstiche durch Periost und oberflächliche Knochenschichten an beiden Enden befestigt. Die Operation wurde noch weiter durch Anfrischung der entgegengesetzten Gelenkflächen von Talus und Naviculare und Vernähung mittels eines durch und durch geführten Stiches starker Seide vervollständigt; auch wurden die Sehnen des Tibialis anticus und Tibialis posticus durch einfache Vernähung in den festesten Stellen ihrer zuvor geöffneten Scheiden, im Niveau des Talocruralgelenkes und des inneren Malleolus, fixiert. — Das Resultat war 7 Monate nach der Operation hinsichtlich der Plastik und Funktion gut. *Brandes* (Kiel).

Momburg, Zur Frage der Stützpunkte des Fußes beim Gehen und Stehen. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 272. 1913.

Erwiderung auf Baischs Arbeit über den Plattfuß im 3. Bande der Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie, in der Baisch die Köpfchen des I. und V. Metatarsale als die vorderen Stützpunkte des Fußes nennt, und diese Frage durch die Untersuchungen von Seitz (Zeitschr. f. orthop. Chir 8, Nr. 3) für endgültig geklärt hält. Momburg widerspricht dem unter Hinweis auf seine Arbeit: Der Gang des Menschen und die Fußgeschwulst (1908). Er hält es für feststehend, daß die Köpfchen des II. und III. Metatarsale die vorderen Stützpunkte des Fußes sind, und fordert zur Diskussion dieser Frage auf. *Schede* (München).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete

Band I, Heft 9 S. 313—392

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Lambert, Robert A., und Frederick M. Hannes, Beobachtungen an Gewebskulturen in vitro. (*Coll. of phys. a. surg., Columbia univ., New York.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. **211**, S. 89—116. 1913.

Die Autoren besprechen nach ausführlicher Schilderung ihrer Technik zunächst die verschiedenen Typen des Wachstums epithelialer Gewebe und des Bindegewebes in den Kulturen. Der morphologische Charakter, den ein in vitro wachsendes Gewebe annimmt, entspricht ziemlich genau dem von dem Gewebe im Körper selbst gezeigten Wachstumstyp. Das Wachstum von Mäusekrebs in vitro kann als Wachstumstyp von Epithelgewebe überhaupt gelten. Die epithelialen Zellen wandern nicht einzeln in das Nährmedium hinein, wie es die Zellen des Bindegewebes tun, sondern bewegen sich nach außen in einer zusammenhängenden Schicht, die nur eine Zelle dick ist. Organe von reinem Bindegewebstypus, wie Milz, Knochenmark und Blutgefäße, zeigen nur den Bindegewebstypus des Wachstums; letzteres ist auch bei Kulturen von Leber und Herz der Fall. Die Zellteilung in den Gewebskulturen ist mitotisch. Sehr schnell kommt es bei den in vitro wachsenden Zellen zur Anhäufung von Fett im Zellplasma. Die Verff. glauben aus verschiedenen Gründen, daß das Auftreten von Fetttröpfchen in den wachsenden Zellen nicht Zeichen einer Degeneration, sondern ein Beweis für die aktiv aufbauende Funktion der Zelle ist. Phagocytäre Eigenschaften zeigen in den Kulturen nicht nur Leukocyten, sondern auch Bindegewebszellen und Tumorzellen. Was die Einwirkung physikalischer Einflüsse auf das Wachstum betrifft, so findet sich in allen Kulturen das Bestreben der Zellen, sich längs den Linien geringsten Widerstandes zu bewegen. Auf Zugabe von Fremdkörpern erfolgt Riesenzellenbildung. Bezüglich der Wirkung verschiedener Temperaturen wurde festgestellt, daß die oberen und unteren Grenzen des aktiven Bindegewebswachstums annähernd 26° und 44° C sind. Temperaturen von 48—50° C zerstören die meisten Zellen. Gegen Kälte sind manche Gewebe (z. B. von Hühnerembryonen) sehr resistent. Der Einfluß des Nährmediums auf das Wachstum macht sich in der Weise geltend, daß letzteres auf homologem Plasma stets stärker ist als auf heterologem. Ausgedehnte Untersuchungen ergaben, daß das Wachstum von Ratten- und Mäusegeweben von allen untersuchten Plasmaarten nur auf Ziegenplasma gänzlich ausbleibt. Das Plasma eines Tieres, das Injektionen eines fremden Gewebes erhalten hat, ist wegen seiner cytotoxischen Eigenschaften als Kulturmedium für dieses Gewebe ungeeignet.

Isaac (Wiesbaden).ᴹ

Risley, Edward H., Shock, a review of the theories and experimental data to date. (Shock, ein Überblick über Theorien und experimentelle Forschungsergebnisse.) Boston med. a. surg. journal **168**, S. 112—117. 1913.

Verf. verweilt besonders ausführlich bei der Theorie von Crile, der die Ursache des postoperativen Shocks außer in der psychischen Erregung vor allem in der nach seinen Angaben sogar anatomisch nachweisbaren Schädigung der Nervenzentren durch zugeleitete Reize sieht, Reize, die durch die nur das Bewußtsein lähmende Allgemeinnarkose nicht ausgeschaltet werden. Prophylaktisch empfiehlt er daher, vor der Operation Morphinpräparate zu injizieren und auch bei Operationen, die in Allgemeinnarkose ausgeführt werden, ausgiebigen Gebrauch von der Lokalanästhesie zu machen, um damit die Reizleitung zum Gehirn und damit dessen Schädigung auszuschließen.

Jüngling (Tübingen).

Bloodgood, Joseph C., Traumatic shock and the employment of blood pressure estimation in its prevention and treatment. (Anwendung der Blutdruckbestimmung zur Verhütung und Behandlung des Shocks.) Internat. journal of surg. **26**, S. 1—2. 1913.

Verf. empfiehlt die Bestimmung des Blutdrucks mit dem Sphygmomanometer vor, während und nach der Operation. Der drohende Shock wird so sehr zuverlässig durch Sinken desselben angezeigt. Der Patient kommt nicht eher vom Operationstisch ins Bett zurück, als bis der Blutdruck wieder gestiegen ist. Bei Zeichen von Shock wird das Fußende des Tisches erhöht und der Kranke bekommt rectale oder intra-

venöse Salzeinläufe. Zum Schluß plädiert Verf. für Anwendung der Stickoxydulnarkose, ev. in Verbindung mit Lokalanästhesie nach Crile. *Krüger* (Weimar).

Baudet, Pierre, De l'emploi de l'huile camphrée en chirurgie. (Anwendung des Campheröles in der Chirurgie.) Prov. med. **26,** S. 1—2. 1913.

Nach einem kurzen Überblick über die über diesen Gegenstand veröffentlichte Literatur betont Baudet die absolute Gefahrlosigkeit selbst großer Mengen Campher bei subcutaner Applikation in Form von Campheröl. Er bespricht hierauf die subcutane und intraperitoneale Verwendung von Campheröl. Erstere belegt er mit 3 Beispielen aus seiner Praxis. Ein junger Mann mit einer 2 Tage alten Zermalmung der unteren Extremität, welcher einen schwer septischen Eindruck machte, erhält mit bestem Erfolg 3 Tage lang 20 ccm Campheröl subcutan. Mit demselben günstigen Erfolg wird in derselben Weise ein postoperativer Shock nach totaler Larynxexstirpation und konsekutiver Bronchopneumonie behandelt. Der dritte Fall betrifft einen septischen Abort mit Zeichen allgemeiner Peritonealreizung und Beckenzellgewebsentzündung. Auch dieser Fall endete glücklich. B. glaubt, daß der Campher nur allmählich in den Kreislauf eindringe und durch die Lungen ausgeschieden werde, während im Urin kein Campher oder eines seiner Nebenprodukte nachweisbar sei. Bei der intraperitonealen Anwendung des Campheröles kommt namentlich dessen resorptionsbeschränkende und abflußbefördernde Wirkung durch Verhinderung der Adhäsionsbildung speziell um die Drainage zur Geltung. B. hält intraperitoneale Einverleibung von 2—300 g 10proz. Campheröles für unschädlich. Das Indikationsgebiet des Campheröles sind schwere Verwundungen, postoperativer Shock und schwere septische Erkrankungen. *Burk* (Stuttgart).

Levison, Charles G., Post operative acidosis. (Postoperative Acidose.) California State journal of med. **11,** S. 18—19. 1913.

Durch Verwendung des Äthers an Stelle von Chloroform, die Herabsetzung der Narcoticummenge, Verkürzung der Operationsdauer und bessere Vorbereitung zur Operation: weniger Hungern und Abführen, haben sich die Resultate unserer Narkosen verbessert. Verf. berichtet über eine postoperative Störung, die ihm klinisch bis dahin unbekannt war, die er als postoperative Acidose deutet.

23jähriges, junges Mädchen. Entfernung eines kleinen Ovarialcystoms in kurzer Chloroformnarkose. Nach gutem Verlauf begann am 3. Tage ein dauerndes Erbrechen; die Pat. geriet in einen stuporösen Zustand und starb am 4. Tage unter Konvulsionen. Die Sektion ergab eine Vergrößerung der Leber (Muskatnusleber) und fettige Degeneration; geringe Veränderungen an den Nieren. Veränderungen des Urins waren zu Lebzeiten nicht nachweisbar. Kurze Besprechung der Entstehungsbedingungen der Säurevergiftung und der Prophylaxe. (Verminderung der Kohlehydrate.) Behandlung besteht in rectalen Zuckereinläufen und großen Dosen von Natron bicarbonicum. *Kulenkampff* (Zwickau).

Burnham, Athel C., Postoperative thrombophlebitis. (Postoperative Thrombophlebitis.) Ann. of surg. **57,** S. 151—162. 1913.

Autor bespricht erst kurz die Theorien der postoperativen Thrombophlebitis. Er ist der Ansicht, daß diese „das Resultat einer der leichteren, selbständigen Arten nicht eitererzeugender Infektion" sei („the result of one of the milder, selflimited types of non-pyogenic infection"). Mechanische und chemische Momente können diese Infektion begünstigen. — Den klinischen Untersuchungen des Verf. liegt das Material des Presbyterian Hospital, New York City, vom Oktober 1905 bis Januar 1912 zugrunde. Es umfaßt 98 Fälle postoperativer Thrombophlebitis, die auf 11 655 Operationen bei 9814 Patienten entfallen. In 94 Fällen war ein oder beide Beine der Sitz der Thrombose. — Was die einzelnen Operationen betrifft, so traten am meisten Phlebitiden nach Hysterektomie auf (in 4,1% der Operationen); dann folgen: nach Operation von Ventralhernien (1,8%), nach Appendektomie (1,5%), nach Adnexoperationen (1,5%). — 71,3% der Phlebitisfälle betrafen Frauen (bei einer fast gleich großen Zahl männlicher und weiblicher Patienten). — Die Jahreszeiten hatten keinen Einfluß auf die Häufigkeit. — Von den 94 Fällen ereigneten sich 32 bei Eiterungen, 10 bei granu-

lierender Wunde, 52 bei Heilung per primam. — Das Auftreten von Temperatursteigerung nach der Operation hatte wenig oder nichts mit dem Auftreten der Phlebitis zu tun. In Fällen, wo drainiert worden war, trat die Thrombose 2—4 Tage später auf als bei nicht drainierten Fällen. Sie verlief in den erstern meist auch leichter und schneller. „Mit anderen Worten, die Resorption von zugrundegegangenen Zellelementen und serösem Exsudat, mit oder ohne Anwesenheit von Bakterien, ruft im Blut eine Veränderung hervor, die zu Phlebitis und Thrombose führt." — Die Dauer der Operation und die Art des Anästheticums scheint ohne Einfluß auf das Auftreten von Thrombophlebitis. — Frühes Aufstehen der Patienten scheint dem Verf. ohne großen prophylaktischen Wert. — Die größte Zahl (82%) der Thrombosen begann in der 2., 3. Woche. — Von 89 Fällen verliefen 12 afebril, 77 febril. — Embolien ereigneten sich 10 mal; Pleuritiden ev. embolischen Ursprungs 4 mal. — In keinem Fall kam es zu Suppuration. — Die Behandlung bestand in den allgemein üblichen Maßnahmen; besonders wird Ichthyol empfohlen. *Schumacher* (Zürich).

Carnot, Thérapeutique pratique des syndromes hémorragiques. (Therapie der Blutungen.) Gaz. de gynécol. **28**, S. 1—8. 1913.

Lokale Blutstillung verdient den Vorzug. Falls sie nicht möglich ist, sucht man durch therapeutische Maßnahmen entweder die Gefäßverengung zu fördern (so durch Hitze- und Kälteeinwirkung, Secale, Adrenalin usw.) oder den Blutdruck herabzusetzen (z. B. durch Amylnitrit) oder die Gerinnungsfähigkeit des Blutes zu steigern. Die Methoden, welche letzteren Zweck verfolgen, bespricht Carnot eingehend bezüglich ihrer Indikationen und der Art ihrer Verwendung.

Es handelt sich da um Anwendung von Salzlösungen: Meersalz, Natrium-, Magnesiumsulfat, iso- oder hypertonischen Kochsalzlösungen, vor allem Calciumchlorid (2,0—4,0 pro die unter Vermeidung von Milch). Gelatine (lokal 5—10%, subcutan 2—5% per os, seltener intravenös). Peptone. Nucleinsaures Natrium (intramuskulär, 2% in physiolog. Kochsalzlösung). Organpräparate (innerlich dargereicht, niemals subcutan wegen der Gefahr der Anaphylaxie). Tierserum (meist Pferdeserum, wirksamer scheint C. das Serum von Schafen oder Kaninchen zu sein). Menschenserum (defibriniertes Blut oder „direkte Transfusion"). Aktivierte Sera (Vorbereitung der serumspendenden Tiere durch Einspritzung gerinnunghemmender Substanzen oder durch wiederholte Blutentziehungen). *Jung* (Straßburg).

Candela, M., Medicación endovenosa. (Intravenöse Medikation.) La cronica médica **25**, H. 1—3. 1913. (Spanisch.)

Verf. tritt in einem ausführlichen Aufsatz für die großen Vorteile der intravenösen Darreichung von Medikamenten ein. Candela hat sich seit Jahren mit der Behandlung der allgemeinen Sepsis, im Anschluß an Puerperium und verschiedenartige gynäkologische Operationen, beschäftigt, die in intravenösen Einspritzungen von Sublimat bestand. Er verwendet hierzu eine 1 : 1000 isotonische Lösung des Mittels und spritzt, je nach der Schwere des Falles und des Körpergewichtes von dem Kranken, von 5—15 und 20 mg pro Dosis ein- bis zweimal täglich ein. Verf. nimmt mit de Patella an, daß das Sublimat nicht durch seine desinfizierende Kraft heilend wirkt, sondern vermittels seiner opsonischen Eigenschaft. Man hat ein Steigen des opsonischen Index während der Behandlung festgestellt. Bei der Anwendung des Mittels ist eine strenge Indikationsstellung Vorbedingung. Die Applikation soll in dem Augenblick erfolgen, in dem man klinisch eine allgemeine Sepsis konstatiert und durch die bakteriologische Untersuchung des Blutes die klinische Diagnose bestätigt hat. Als strikte Kontraindikationen sind Nieren- und Magendarmerkrankungen zu betrachten. Verf. hat in wenigen Fällen eine leichte Stomatitis beobachtet, hingegen wiederholt eine starke Enteritis, in einem Fall traten wenige Minuten nach der Injektion starke Kopfschmerzen, Bewußtlosigkeit und leichte Spasmen und Krämpfe auf. In einem einzigen Fall hat er Albuminurie beobachtet, die nach entsprechender Behandlung binnen 48 Stunden wieder verschwunden war. Verf. injiziert das Medikament, indem er in einem Gefäß die entsprechende Menge der Sublimatlösung zu

100 ccm physiologischer Kochsalzlösung zusetzt. Dadurch glaubt er die durch Baccelli beobachtete ödematöse Schwellung an der Injektionsstelle vermeiden zu können.

Candela teilt eine Serie von 32 Fällen von allgemeiner Sepsis mit, die er seit 1906 mit Sublimatinjektionen behandelt hat. Nachdem er anfangs mit den Injektionen keinen rechten Erfolg hatte, seiner Meinung nach, weil die angewandten Dosen zu gering waren, sind jetzt die Resultate sehr befriedigend. Zahlenmäßige Angaben macht Verf. in seiner Arbeit nicht.

Lazarraga (Marburg).

Morales, A., Cirugía ortopédica. Notas clinicas. (Orthopädische Chirurgie. Klinische Beiträge.) Revista médica de Sevilla **60**, S. 5—9. 1913. (Spanisch.)

Kasuistische Mitteilungen. Unter diesen ist ein Fall von Coxitis hervorzuheben, der in starker Beugecontractur ankylotisch ausgeheilt war. Mittels schräger lineärer Osteotomie im chirurgischen Halse und Extensionsverband gelang eine Geradestellung der Extremität.

Lazarraga (Marburg).

Roziés, H., et M. Arrivat, L'air chaud en thérapeutique (aérothermothérapie). Etat actuel de la question. (Der heutige Stand der Heißluftbehandlung.) Progr. méd. **41**, S. 105—113. 1913.

Nach kurzem historischem Überblick wird die Wirkungsweise der Heißluftbehandlung erläutert, dann die wesentlichsten Apparate und die Technik besprochen, wobei Verff. der Heißluftdusche den Vorzug vor der Kastenbehandlung geben. Nach Erwähnung der Kontraindikationen (akute Entzündungen, erhöhter Blutdruck, Herzfehler, Nierenerkrankungen, Sensibilitätsstörungen) wird die günstige Wirkung auf die verschiedensten chirurgischen und anderen Erkrankungen in ausführlicher Weise dargestellt, worunter auch Lupus, Mal perforant, Raynaudsche Krankheit, chronische Ostitiden und Osteomyelitishöhlen erwähnt werden. Literaturverzeichnis. *Draudt* (Darmstadt).

Borchardt, M., Zur Behandlung beginnender Gangrän. Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 297—299. 1913.

Borchardt empfiehlt als Prophylakticum bei beginnender arteriosklerotischer Gangrän die Wechselbäder. Ihre Anwendung hatte bei einem 54jährigen Mann, der schon durch Gangrän das eine Bein bis zum Oberschenkel eingebüßt hatte und nun Symptome von Zirkulationsstörungen am anderen („Schmerzen, gewisse Schwere in der Beweglichkeit, blaue Verfärbung") bemerkte, die durch die üblichen Mittel nicht weichen wollten, den Erfolg, daß die Schmerzen prompt beseitigt wurden und eine viel kräftigere Hyperämie eintrat als nach dem Gebrauch gleich warmer Bäder. In weiteren $^5/_4$ Jahren, wo die Bäder fortgesetzt wurden, keine Gangrän.

Technik: Das Bein wurde abwechselnd nur wenige Sekunden in Eimer mit 35° C und abgestandenem Wasser zunächst 30, später 50 mal gesteckt. Allmähliche Erhöhung auf 55° und Benutzung kalten Leitungswassers. Dann wochenlang morgens und abends eine solche Prozedur.

Die Wechselbäder sollen auch zu diagnostischen Zwecken im Sinne Moskowicz' zweckmäßig sein, da Schmerzen vermieden und kräftige Hyperämie erreicht wird, deren häufigere Beobachtung es gestatte, die Höhe der eventuell vorzunehmenden Amputation annähernd sicher zu bestimmen. *Sievers* (Leipzig).

Chiari, O. M., Ein Beitrag zu der Kenntnis des Verhaltens frei transplantierter Fascie im menschlichen Organismus. (*Chirurg. Univ.-Klin., Innsbruck.*) Wien. klin. Wochenschr. **26**, S. 287—290. 1913.

Verf. hatte Gelegenheit an einem frei transplantierten Oberschenkelfascienstück von 8 cm Durchmesser, das zur Deckung eines Duradefektes nach Tumorexstirpation verwendet war, jedoch nach 60 Tagen wegen Rezidivs wieder entfernt werden mußte, eine genaue mikroskopische Untersuchung vorzunehmen. Teilweise wies das überpflanzte Fascienstück schwere Schädigungen in Gestalt von Blutungen, Blutpigmentresten, Aufquellung und Verflüssigung einzelner Sehnenbündel auf; große Abschnitte waren jedoch am Leben geblieben, was sich in guter Färbbarkeit des Gewebes und der Zellkerne sowie in deutlichen Zeichen einer stattgefundenen Blutzirkulation äußerte. Die Ernährung des Transplantases findet hauptsächlich von einem sich vom Rande her über dasselbe ausbreitenden Granulationsgewebe statt. Literatur.

Wortmann (Berlin).

McCurdy, Stewart L., Z-plastic surgery. Plastic operations to elongate cicatricial contractions of the neck, lips and eye-lids and across joints. (Z-Plastik.

Plastische Operationen, um Narbenkontrakturen am Hals, den Lippen, den Augenlidern und den Extremitäten zu verlängern.) Surgery, gynecol. a. obstetr. **16**, S. 209—212. 1913.

An der Hand anschaulicher Skizzen und 12 Photographieen gibt Verf. eine Darstellung der von ihm zur Beseitigung von Narbencontracturen empfohlenen Z-Plastik. Er macht einen Schnitt entlang der Narbe und fügt an jeder Ecke des Schnittes 2 nach entgegengesetzten Richtungen nach Art eines Z gehende Seitenschnitte hinzu. Durch Dehnung der Contractur und Verschiebung der Lappenwinkel gegeneinander bekommt er in die Mitte der Narbe normale Haut und verhindert so den Rückfall der Contractur.

Kaerger (Berlin).

Reder, Francis, How to secure the end of a subcuticular suture. (Wie verschließt man das Ende einer subcutanen Naht?) Surgery, gynecol. a. obstetr. **16**, S. 218. 1913.

Verf. beginnt die Halstedsche subcutane Naht mit einem Knoten am Einstich, führt dann das Ende nach Anlegen der schleifenförmigen Naht etwa $^1/_4$ Zoll vom Wundwinkel entfernt aus der Haut heraus und schneidet es in einer Länge von 3 Zoll ab. Nun legt er einen anderen Catgutfaden um diesen Endfaden herum und knotet denselben da, wo der Endfaden aus der Haut kommt. — Knoten dieser Faden untereinander und Kurzschneiden (3 Bilder).

Kaerger (Berlin).

Tixier, Léon, et Carle Roederer, Sur une dystrophie ostéo-musculaire avec nanisme, récemment décrite par M. Hutinel. Étude clinique de quelques nouveaux cas. (Über eine osteo-muskuläre Dystrophie mit Zwergwuchs, kürzlich beschrieben von Hutinel. Klinische Studie über einige neue Fälle.) Presse méd. **21**, S. 95—97. 1913.

Die Arbeit beschäftigt sich mit einem Krankheitsbild, das 1911 von Hutinel aufgestellt worden ist. Es handelt sich dabei um Patienten, die im Wachstum zurückgeblieben sind und welche äußerlich die Erscheinungen schwerer Rachitis zeigen, während Röntgenaufnahmen der Knochen an Osteomalacie denken lassen. Dazu kommt eine auffallende Schwäche fast aller Muskeln. Als weitere, weniger konstante Störungen, welche die Krankheit begleiten können, werden genannt Fettleibigkeit oder Abmagerung, ferner späte Entwicklung der geschlechtlichen Funktionen und des Intellekts.

Die Verf. haben 4 Fälle beobachtet, die genau beschrieben werden. Drei der Patienten sind Geschwister, deren Mutter an derselben Krankheit leidet. Alle 4 Patienten, $3^1/_2$, 6, 8 und 10 Jahr alt, haben ziemlich gleichlautende Vorgeschichten: Geburt zur richtigen Zeit, Ernährung 1 bis $1^1/_2$ Jahr lang an der Mutterbrust, normale Entwicklung in den ersten Lebensjahren. Beginn der Deformierungen im 3. bis 5. Lebensjahr. Ergebnis der klinischen Untersuchung: abnorm kleiner Körperbau und die mannigfaltigen Deformierungen der Rachitis, nämlich Trichterbrust, Rosenkranz, Skoliosen, Schulterblattiefstand, Lendenlordose, Epiphysenauftreibungen. An den Hüften findet sich ein starkes Vorspringen der Trochanteren, Oberschenkel nach vorne und außen verkrümmt, sehr starke Genua valga und Kurvaturen der Tibia nach vorne. Allen Patienten gemeinsam ist eine beträchtliche Schwäche der gesamten Muskulatur, bei einem Kinde derartig, daß es weder stehen noch gehen kann. Diese Schwäche zeigt sich besonders dann, wenn man bestimmte Bewegungen ausführen läßt, so muß z. B. ein Patient sich mit beiden Armen aufstützen, wenn er vom Liegen zum Sitzen übergehen will, ein anderer kann sich nicht niederknien. Die Intelligenz der Patienten ist mittelmäßig. Wassermann in allen Fällen negativ. Sehnenreflexe leicht gesteigert. Die elektrische Untersuchung ergibt teils geringe teils starke Übererregbarkeit für faradischen und galvanischen Strom.

Die Verff. weisen darauf hin, daß die Deformierungen dieselben sind wie bei der Rachitis. Auch die Röntgenaufnahmen zeigen Veränderungen der gewöhnlichen Rachitis wie verspätete Ossifikation, breite Epiphysenfugen, Exostosen, Heilungsvorgänge an der Konkavität zum Ausgleich der Verkrümmungen. Andererseits sind Unregelmäßigkeiten der Corticalis zu sehen in Form von Verbreiterungen und Einziehungen, wie sie bei spezifischen Knochenerkrankungen vorkommen. Unabhängig von der allgemeinen Kalksalzarmut finden sich an einigen Diaphysen gitterförmige Strukturbilder, die für osteomalarische Prozesse charakteristisch sind. Die Störungen der Muskulatur bestehen im wesentlichen in einer funktionellen Schwäche, während die Atrophie sehr gering ist. Nach Hutinel gleichen die Bewegungen dieser Patienten denen der Myopathiker. Die Dystrophie ergreift zu gleicher Zeit Knochen- und Muskel-

gewebe. Die elektrische Übererregbarkeit ist nicht konstant, denn andere Autoren bemerkten bei ihren Fällen eine Untererregbarkeit. Im Gegensatz zur Rachitis spielen gastro-intestinale Störungen bei der Entwicklung der geschilderten Dystrophie keine Rolle. Für den familiären Charakter spricht das Vorkommen von 4 Fällen in einer Familie. Die Verff. sind der Ansicht, daß diese neue Dystrophie schwer zu klassifizieren ist. Sie hat viel gemeinsames mit der Rachitis aber die Intensität der muskulären Störungen und die eigenartige Entwicklung weichen vom Bilde der gewöhnlichen Rachitis ab. Durch die ausgedehnte und unregelmäßige Kalksalzarmut gleicht das Leiden der Osteomalacie. Bezüglich der Pathogenese wird die Annahme Hutinels erwähnt, daß die osteo-muskuläre Dystrophie vielleicht mit funktionellen Störungen gewisser Drüsen besonders der Hypophysis zusammenhängen könne. Therapie: Die Verff. haben Besserungen erzielt durch die gewohnte Behandlung der Rachitis und durch intramuskuläre Injektionen von Adrenalin. *Weber* (München).

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Courmont, Jules, et A. Rochaix, De l'immunisation contre le staphylocoque pyogène par voie intestinale. (Immunisierung gegen Staphylococcus pyogenes auf intestinalem Weg.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des sciences **156,** S. 572—574. 1913.

In einer früheren Arbeit hat Verf. gezeigt, daß man auf intestinalem Weg, durch Einbringen toter Kulturen in den Dickdarm gegen Typhus- und Pyocyaneusinfektion immunisieren kann. Zwecks Immunisierung gegen Staphylococcus pyogenes injizierte Verf. abgetötete Bouillonkulturen (Erhitzung auf 70° 4 Stunden lang), insgesamt 100 ccm in 3 Dosen mit 4tägigem Intervall als Klysma. Es zeigte sich bei der Infektion — Injektion von 0,5 bis 1,5 Bouillonkultur in die Ohrvene — daß die immunisierten Tiere länger am Leben blieben als die Kontrollen. Das Krankheitsbild war insofern verschieden, als die vaccinierten Tiere nicht wie die Kontrollen Nieren- und Herzmuskelabszesse, sondern Gelenkvereiterungen und Pleuritiden bekamen. *Ströbel* (Erlangen).

Zweig, Ludwig, Die Behandlung der Furunkulose und der Sycosis coccogenes mit dem Staphylokokken-Vaccin „Opsonogen". Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 204—207. 1913.

Bei Furunkulose und Sycosis coccogenes hat Verf. in einer kleinen Anzahl von Fällen mit Opsonogen, einem von der Chemischen Fabrik Güstrow erzeugten Staphylokokken-Vaccin recht günstige Erfolge erzielt. Allerdings sind auch gleichzeitig in mehreren Fällen Röntgenbestrahlungen vorgenommen worden. *Linser* (Tübingen).

Thedinga, Ein Fall von Holzphlegmone mit Antistreptokokkenserum Aronson behandelt. Med. Klinik **9,** S. 336. 1913.

Injektion von 20 ccm Scheringsches Antistreptokokkenserum in die Bauchdecken. *Schliep* (Berlin).

Semenow-Blumenfeld, S. S., Ein Beitrag zum latenten Erysipel. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** Nr. 10 S. 463. 1913.

Beschreibung zweier Fälle von Erysipel, bei denen tagelang jegliche Erscheinung von seiten der Haut fehlte, so daß die Diagnose während dieser Zeit völlig im Dunkeln blieb. Im ersteren Falle begann das Erysipel in der Tiefe einer Wunde und wanderte allmählich gegen die Oberfläche hin, im zweiten erkrankte ein Kind mit hohem Fieber, reißenden Schmerzen in Gesicht und Bauch neben Erbrechen und Stuhlverhaltung; am 6. Tage zeigte sich ein Gesichtserysipel und die anderen Beschwerden klangen ab. *Colley* (Insterburg).

Sézary, A., et G. Salès, Éléphantiasis bacillaire. (Bacilläre Elephantiasis.) Rev. de méd. **33,** S. 111—115. 1913.

Beschreibung eines Falles von hochgradiger elephantiastischer Verdickung des rechten Beins, entstanden im Anschluß an einen Kniegelenksfungus, Hauttuberkulose und tuberkulöse Erkrankung der Inguinaldrüsen. Die frühere Klassifikation der Elephantiasis in eine E. der warmen Länder und eine E. nostras, verursacht durch Streptokokken ist deshalb nicht mehr angängig. Es können vielmehr eine ganze Reihe von Infektionserregern zu der Erkrankung führen: beschrieben ist sie bereits bei dem Pneumococcus, Staphylococcus albus, Microc. tetragenes usw. *Ströbel* (Erlangen).

Barrie, George, Chronic (non suppurative) hemorrhagic osteomyelitis. (Chronische, nicht eitrige hämorrhagische Osteomyelitis.) Ann. of surg. **57**, S. 244—258. 1913.

Barrie vertritt die Ansicht, daß die in Rede stehende Erkrankung zu Unrecht in die Gruppe der Geschwülste eingereiht sei, und die bisher gebrauchten Namen: langsam wachsendes Riesenzellensarkom des Knochenmarkes, myelogenes Riesenzellensarkom, Myelom, Riesenzellentumor des Knochenmarkes zu Irrtümern Anlaß gegeben habe; sie gehöre vielmehr in die Gruppe der Entzündungen oder Granulome. Der Verf. schlägt dafür den Namen: hämorrhagische (nicht eitrige) chronische Osteomyelitis vor. Im klinischen Bild fehlen die entzündlichen Erscheinungen; ein akutes Stadium verläuft, wenn überhaupt vorhanden, so mild, daß es nicht auffällt; es werden die gleichen Lokalisationen und Lebensalter bevorzugt, wie bei der akuten Osteomyelitis, leichte Traumen mit Blutaustritten oder Splitterung von Spongiosabälkchen spielen in der Ätiologie eine Rolle. Es kommt aber nicht zur akuten eitrigen Einschmelzung des nekrotisch gewordenen Gewebes, sondern nur zum mildesten Ausdruck der Entzündung, zur Entwicklung von Granulationsgewebe ohne Eiterung, da die Verulenz der vorhandenen Bakterien offenbar sehr gering ist. Makroskopisch sehen die Erkrankungsherde frisch tiefrot aus mit eingestreuten hyalinen Flecken und Klümpchen von geronnenem Blut. An einzelnen Stellen überwiegt derberes Bindegewebe, hier wird die Konsistenz fester, die Farbe heller. — Mikroskopisch sind die Herde zusammengesetzt aus sehr kernreichem Bindegewebe und zahlreichen Riesenzellen, die charakteristisch sind und als Fremdkörperriesenzellen nicht etwa als Tumorzellen, wie das früher geschah, aufzufassen sind. Die bindegewebsreichen Partien ähneln sehr den Bildern der Ostitis fibrosa, mit der der ganze Prozeß vielleicht nahe verwandt ist. — 3 selbstbeobachtete Fälle und 1 Röntgenbild demonstrieren die Abhandlung.

Lobenhoffer (Erlangen).

Gueit, C., Un cas d'anaphylaxie généralisée à la suite d'une injection de sérum antitétanique trois ans après les injections de sérum de Roux. Présentation du malade. (Ein Fall von allgemeiner Anaphylaxie infolge einer Injektion von Tetanusantitoxin, 3 Jahre nach Injektionen von Rouxschem Serum. Krankenvorstellung.) (Soc. des scienc. méd. de Montpellier, séance 7. II. 1913.) Montpellier méd. **56**, S. 213. 1913.

Ein Kind hatte 3 Jahre vorher mehrere Injektionen von Antidiphtherieserum bekommen. Zwei Tage nach einer Einspritzung von Tetanusantitoxin ausgedehnte Ödeme, universelles Exanthem, Fieber und Krämpfe. *Kreuter* (Erlangen).

Dutoit, A., Die Magnesiumbehandlung des Tetanus traumaticus. Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 561—563. 1913.

Übersichtsreferat.

Saisawa, K., Über die Pseudotuberkulose beim Menschen. (*Inst. f. Inf.-Krankh., Tokio.*) Zeitschr. f. Hyg. u. Infektions-Krankh. **73**, S. 353—400. 1913.

Mitteilung eines unter hohem Fieber und Ikterus akut tödlich verlaufenen Falles von Pseudotukerkulose beim Menschen mit ausführlichem Bericht über den klinischen Verlauf und den pathologisch-anatomischen Befund. Aus dem Blut konnten mehrfach Bacillen gezüchtet werden, die sich kulturell und im Tierversuch als identisch mit dem Pfeifferschen Pseudotukerkulosebacillus der Nagetiere erwiesen. *Schürer.*[M]

Rollier, La pratique de la cure solaire de la tuberculose externe et ses résultats cliniques. (Die Praxis der Sonnenbehandlung der äußeren Tuberkulose und ihre klinischen Resultate.) Paris méd. **11**, S. 257—274. 1913.

Auf Grund 10jähriger Erfahrung bezeichnet Verf. die Resultate der Sonnenbehandlung im Hochgebirge als ganz hervorragende bei jeder Art und in jedem Stadium externer Tuberkulose. Unangenehme Nebenwirkungen bleiben vollkommen aus, wenn die Kur nach festen Grundregeln, dabei aber streng individualisierend durchgeführt wird. Erst sind die Patienten einige Tage bei offenen Fenstern im Zimmer zu halten.

Nach erreichter Akklimatisation beginnt die Kur. Die Kranken werden im Bett in offene Veranden (Solarien) gebracht und nun in täglich zunehmendem Maße der Sonne ausgesetzt. Zuerst werden nur die Füße entblößt, mehrfach täglich mit mehrstündigen Zwischenräumen je 5 Minuten, dann die Unterschenkel je 5 Minuten, die Füße je 10 Minuten, endlich die ganzen Beine je 5 Minuten, die Unterschenkel je 10, die Füße je 15 Minuten usw., bis endlich der ganze Körper täglich ununterbrochen 6—8 Stunden lang der Sonne ausgesetzt wird. Der Kopf wird durch einen weißleinenen Hut, ev. mit Schirm, die Augen durch rauchfarbige oder gelbe Brillen geschützt, die Herzgegend mit feuchter Kompresse bedeckt. Bald tritt eine mehr oder weniger starke Pigmentation ein — ohne jede Schmerzempfindung, ohne Erythem und Dermatitis —, deren Stärke das Kriterium abgibt, ob längere Expositionen erlaubt sind. Endlich nach Monaten, wenn völlige Gewöhnung an das dauernde Luft- und Sonnenbad erreicht ist und das Leiden es gestattet, treiben die Kranken völlig unbekleidet Wintersport (Skilauf usw.). Jede Art Kontentivverband wird verworfen, die nötige Ruhigstellung wird durch Hirsekissen und Leinengurte, die am Bett befestigt werden, erreicht. Bei Spondylitis wird zur Redression des Gibbus abwechselnde Bauch- und Rückenlage angewandt, gleichzeitig, um auch Besonnung des Rückens zu ermöglichen. Fisteln und Ulcerationen bleiben offen, nur bei starker Sekretion werden sie mit Mull bedeckt. Schmerzen verschwinden schnell unter dem Einfluß der Höhensonne, Fisteln schließen sich, Knochen-, Drüsen-, Sehnensequester usw. werden ausgestoßen, Ulcerationen bedecken sich mit frischen Granulationen und überhäuten sich, Abscesse werden resorbiert. Die atrophierten Muskeln kräftigen sich, und selbst bei schweren Gelenktuberkulosen wird Heilung mit vollkommener oder doch recht guter Funktion erzielt.

Harraß (Bad Dürrheim).

Iselin, Hans, Entgiftung des tuberkulösen Herdes durch Röntgenbestrahlung. (*Chirurg. Univ.-Klin. u. Poliklin., Basel.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 297—300 u. 349—351. 1913.

Verf. ist der Ansicht, daß bei der Rückbildung tuberkulöser Drüsen durch die Röntgenbelichtung nicht allein eine direkte Wirkung der Röntgenstrahlen eine Rolle spiele, da man nicht imstande ist, soviel Röntgenstrahlen in die Tiefe zu bringen, daß die Tuberkelbacillen dadurch abgetötet werden. Er glaubt vielmehr, daß das Absterben der Tuberkelbazillen zurückzuführen sei auf die Einwirkung von Fermenten, die durch den Zerfall von Zellen frei werden. Andererseits rechnet er auch damit, daß durch zu schnelle Rückbildung der Drüsen eine zu starke Resorption der durch Zerfall von Zellen und Bacillen auftretenden Giftstoffe stattfinden kann, die dann schwere Allgemeinerscheinungen hervorruft. Im allgemeinen sind aber nur günstige Wirkungen berichtet worden und auch Verf. hat bei seinen 300 röntgenbestrahlten Fällen von Lymphdrüsentuberkulose fast nur gute Erfahrungen gemacht. Niemals hat er eine allgemeine Ausbreitung der Tuberkulose durch die Bestrahlung beobachtet, wohl aber eine Erkrankung der den tuberkulösen Herden benachbarten Lymphdrüsen. Er glaubt, daß in diesem Fall die Bestrahlung einen Weitertransport virulenter Tuberkelbacillen veranlaßt hat. Allgemeinerscheinungen hat er auch in einigen Fällen gesehen, indem Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Temperatursteigerungen, Herdreaktion auftraten. Diese Fernwirkung führt er auf das Freiwerden von Tuberkulin in dem bestrahlten Herde zurück. In dieser Tuberkulinresorption sieht er andererseits wiederum den günstigen Einfluß der Röntgenstrahlen auf das Allgemeinbefinden. Nachweisen wollte er diese Allgemeinwirkung durch Tuberkulin, die sogenannte Autotuberkulinisierung, mit Hilfe der Pirquetschen Reaktion. In 2 Fällen wurde denn auch die Reaktion, die vor der Bestrahlung negativ war, nach der Bestrahlung positiv. Daß aber die Resorption des ganzen tuberkulösen Erkrankungsherdes für den Körper unschädlich sei, sucht er weiter durch Kontrolle der Gewichtszunahme zu beweisen. Er hat bei 76% aller wegen Tuberkulose bestrahlten eine Gewichtszunahme feststellen können. Es handelt sich da sowohl um Drüsentuberkulose als auch

um Knochen- und Gelenktuberkulose, allerdings ist bei letzterer der Prozentsatz etwas geringer, 60%. Nicht nur Kinder, sondern auch Erwachsene nahmen an Gewicht zu. Die Gewichtszunahme ist für ihn der Ausdruck der Entgiftung des tuberkulösen Herdes durch Röntgenlichtbestrahlung. Er läßt dabei die Frage offen, ob die Giftstoffe durch die Röntgenstrahlen abgebaut werden oder ob die Tuberkelbacillen geschädigt und so weit abgeschwächt werden, daß sie als Schutzimpfung mit lebenden Keimen wirken oder ob freiwerdendes Tuberkulin den Körper günstig beeinflußt. Er hofft, daß man mit Rücksicht hierauf seine bisherigen großen Strahlenmengen durch häufigere kleinere ersetzen kann. Vorläufig sind aber bei der Tiefenbestrahlung noch die Spätschädigungen zu fürchten, welche mitunter noch nach 1½ Jahren in einem chronischen Geschwür zum Ausdruck kommen. Eine notwendige Dosierung, welche speziell die Schädigung der Gefäße hintanhält, gibt es noch nicht. Die großen Dosen führen zu starker bindegewebiger Neubildung und narbiger Schrumpfung. *Hagemann* (Marburg).

Mencière, Louis, De l'abus des traitements de climats dits spécifiques pour la cure des tuberculoses locales. Traitement des tuberculoses osseuses et articulaires. (Die mißbräuchliche Anwendung sog. spezifischer Klimate in der Behandlung örtlicher Tuberkulosen. Die Behandlung der Tuberkulose der Knochen und Gelenke.) Arch. provinc. de chirurg. **22,** S. 1—13. 1913.

Mencière leugnet die besondere Eignung bestimmter Klimate für die Behandlung örtlicher Tuberkulosen. Eine erfolgreiche Behandlung letzterer sei überall möglich, wenn die Kranken abseits von den großen Städten in entsprechenden, in ländlicher Gegend errichteten Pavillonkrankenhäusern untergebracht seien, wo eine ausgiebige Freiluftbehandlung durchgeführt werden könne. Auch die Heliotherapie könne überall mitbenutzt werden, da M. mit Poncet der Anschauung ist, daß der behauptete größere Reichtum der Höhensonne an ultravioletten Strahlen auf einer irrigen physikalischen Beobachtung beruhe. Überdies stelle die von ihm seit fünfzehn Jahren erprobte lokale Behandlung einen viel wichtigeren Heilfaktor dar als die klimatische Behandlung, wenn nur die nötigen, allgemein hygienischen Bedingungen gewährleistet erscheinen. Mit seiner lokalen Behandlung sei jeder praktische Arzt in der Lage, die örtlichen tuberkulösen Erkrankungen zur Heilung zu bringen. Diese lokale Behandlung wird mit Carbolsäure- und Jodoformätherinjektionen, Immobilisierung, erforderlichenfalls mit atypischen, schonenden Resektionen geübt. Je nach dem Grad der Erkrankung werden damit gebrauchsfähige (bewegliche oder in guter Stellung ankylotische) Gelenke erzielt. *Wittek* (Graz).

Hammond, Roland, What is the Roentgen picture of bone tuberculosis. (Die Knochentuberkulose im Röntgenbilde.) Americ. quart. of Roentgenol. **4,** S. 149—155. 1913.

Verf. beschreibt kurz 12 Fälle von Knochentuberkulose hinsichtlich ihrer Diagnostizierbarkeit durch das Röntgenbild. Er kommt zu dem Resultat, daß typische Gelenktuberkulose, abgesehen vom Frühstadium, aus dem Röntgenbilde nicht schwer zu erkennen ist, besonders in Verbindung mit sonstigen klinischen Erscheinungen. Atypische Formen, besonders die Diaphysentuberkulose, können röntgenologisch anderen Knochenerkrankungen vollkommen gleichen. Über die Ausdehnung tuberkulöser Prozesse gibt das Röntgenbild nicht immer genügende Auskunft. *Joseph* (Berlin).

Albanus, Moderne Behandlung des Schleimhautlupus. (*Lupusheilst., Hamburg.*) Strahlentherap. **2,** S. 43—58. 1913.

Hinweis auf die Notwendigkeit der allgemeinen hygienischen, diätetischen und internen Maßnahmen bei der Behandlung des Schleimhautlupus. Stärkere psychische Affekte sind fernzuhalten; Luft-, Licht- und Sonnenbäder sind von wesentlichem Einfluß, während das Tuberkulin für den Schleimhautlupus weniger in Betracht kommt. Zu den allgemeinen Mitteln zählt auch eine Arsenkur und die Stauungstherapie, sowie

die Jodbehandlung nach Körner, und die Pfannenstielsche Methode (innerlich Jodnatrium und Aufträufelung von H_2O_2 auf die erkrankten Stellen). Von rein örtlichen Behandlungsmethoden leistet die Jodkalomelbehandlung (Holländer) Gutes, ebenso Salzsäure- und Milchsäureätzungen, die durch das weniger reizende Dianol ersetzt werden können. Pyrogallustamponade hat lediglich provokatorischen Wert, Mesbé war ohne Einfluß. Behandlung mit Sonnen-, Finsen- und Quarzlicht ist vielfach nicht verwendbar. Dagegen dürfte Radium- und Mesothoriumbehandlung, ebenso wie die Excision mit der Forestschen Nadel fast durchweg hervorragende Resultate erzielen lassen. Bei der Behandlung des Nasenlupus ist die Wiederherstellung der physiologischen Atmung anzustreben. Zerstörte Nasen sind durch künstliche Nasen aus Celluloid zu ersetzen. Die Schmerzen bei Kehlkopflupus können durch Alkoholinjektion in den N. laryngeus gemildert werden. *Strauß* (Nürnberg).

Thedering, Organisation der Lupusfürsorge im Herzogtum Oldenburg. Strahlentherap. 2, S. 59—70. 1913.

Die große Häufigkeit des Lupus im Herzogtum Oldenburg, sowie die Armut und Indolenz der Bevölkerung und die traurigen hygienischen Verhältnisse erforderten eine straffe Organisation der Lupusfürsorge, die vor allem darauf abzielt, die lupuskranken Kinder einer ausreichenden Behandlung unter hygienischen Verhältnissen zuzuführen. Für solche wird daher mehrmonatlicher Hospitalaufenthalt unumgänglich sein, während Erwachsene ambulanter oder periodischer Hospitalbehandlung unterworfen werden. Die übliche Therapie besteht in einer 3tägigen Vorbehandlung mit 10% Pyrogallolsalbe, der nach Abstoßung des Ätzschorfes tägliche Belichtungen mit der Quarzlampe folgen. Tiefliegende Lupusreste, die dieser Behandlung nicht weichen, erfordern Finsentherapie. Der durch täglich 2—3 stündiges Auflegen von heißen Breiumschlägen über einer Kompresse von essigsaurer Tonerde zu beschleunigende Ablauf der Lichtreaktion kann von erwachsenen Kranken zu Hause abgewartet werden. Nur Scrophuloderma und geschwüriger Schleimhautlupus der vorderen Nase werden mit Röntgenstrahlen behandelt. Gegen sonstigen Schleimhautlupus werden Pinselungen oder Tampons mit 20—35% Jodsapen angewandt, nötigenfalls nach vorhergegangener Galvanokauterisation. Besondere Überwachung und Fürsorge muß der Jugend zugewandt werden, um dem Lupus als Volkskrankheit erfolgreich Einhalt gebieten zu können. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Orth, J., Über tuberkulöse Reinfektion und ihre Bedeutung für die Entstehung der Lungenschwindsucht. Sitzungsber. d. kgl. preuß. Akad. der Wiss. 3, S. 51—72. 1913.

Eine Reinjektion kommt bei Tuberkulose vor, sowohl eine endogene als auch eine exogene; eine volle Immunität wird also durch einmalige tuberkulöse Erkrankung nicht erworben. Eine geringe Immunität wird durch eine solche wohl erzeugt, aber diese hindert nicht Neuerkrankungen auch ohne massige Infektion. Eine Lungenschwindsucht kann durch eine erste Infektion erzeugt werden, aber Überstehen einer solchen Infektion scheint die Entstehung einer Lungenschwindsucht durch Reinfektion zu begünstigen, weniger durch unvollständige Immunisierung als durch Schädigung gerade der Lungen, welche dadurch zur Schwindsucht disponiert werden. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Morgan, James Dudley, Hodgkin's disease. (Hodgkin'sche Krankheit.) Med. record 83, S. 292—293. 1913.

Foulerton, Alexander G. R., Some observations on a series of 78 cases of streptothrix infection. (Beobachtungen an 78 Fällen von Aktinomykose.) Lancet 184, S. 381—384. 1913.

Dahingehörige einwandfreie Fälle aus dem Material des Middlesex Hospital wurden in bezug auf Alter, Geschlecht, Beruf der Patienten und Sitz der Infektion untersucht. 51 Männer (65,4%), 27 Frauen (34,6%) waren betroffen; das bevorzugte Alter war zwischen 15 und 25 Jahren (60%). Die größte Mehrzahl stand direkt (Kutscher, Stallburschen, Gärtner usw.)

oder indirekt in mehr oder weniger engem Konnex mit vegetabilischen Produkten. Sitz der Erkrankung war 40 mal die Umgebung von Mund und Hals, 20 mal die Appendix, 14 mal die Lunge. Von ersteren starb 1 Patient, von letzteren 12; die Mortalität bei Appendixaktinomykose betrug 6. Foulerton unterscheidet der Bösartigkeit des Infektes entsprechend 2 Formen von Erregern, die sich durch ihren biologischen Charakter und den Verbreitungsmodus unterscheiden: einen saprophytischen lokal gewebezerstörenden Typus und einen auf dem Blut- und Lymphwege sich verbreitenden. Die Mundhöhle ist die Haupteingangspforte für die Infektion; die primäre Lungenaktinomykose entsteht durch Inhalation von infektiösem Material. Die klinische Diagnose außer bei typischen Fällen ist hauptsächlich bei Sitz in den Lungen wegen der Ähnlichkeit mit Tuberkulose schwer, desgleichen die bakteriologische wegen der Schwierigkeiten bei der Identifizierung der Erreger. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Ferrarini, Guido, Sopra un caso di granuloma peduncolato (la così detta botriomicosi umana). (Über einen Fall von Granuloma pedunculatum [sog. menschlicher Botryomykose].) (*Istit. di patol. chirurg., univ. Pisa.*) Clin. chirurg. **21,** S. 153—174. 1913.

Klinische und bakteriologische Studie über einen Fall von menschlicher Botryomykose", bei dem der Verf. ohne Erfolg eine Weiterimpfung auf den Krankheitsträger versuchte. Nach Ferrarini hat die von Poncet und Dor als „menschliche Botryomykose" bezeichnete Affektion mit der tierischen Botryomykose nichts zu tun, ist nur in klinischer Hinsicht ein einigermaßen umschriebenes Krankheitsbild entzündlicher Natur, das verursacht wird durch unbestimmte auf die Haut einwirkende Reize. Verf. schlägt deshalb vor, die Bezeichnung „menschliche Botryomykose" aufzugeben und hält den Namen Granuloma pedunculatum für am zutreffendsten. *Leuenberger* (Basel).

Adamson, H. G., A case of sporotrichosis simulating blastomycosis. (Fall von Sporotrichosis eine Blastomycosis vortäuschend.) Brit. journal of dermatol. **25,** S. 60—64. 1913.

Bei einem 60 jährigen Mann entstanden am Rumpf und an der Hand mehrere größere Geschwüre, zum Teil mit papillomatösem Grund, die ganz wie blastomykotische aussahen. Die bakteriologische Untersuchung ergab typische, rundliche, gedellte, weißliche bis grauschwärzliche Pilzkolonien von Sporotrichom Beurmanni. Heilung auf Jodkali. *Linser.*

Beatty, Wallace, A case of Norwegian or crusted scabies. (Ein Fall von norwegischer oder Krustenscabies. (Brit. journ. of dermatol. **25,** S. 56—60. 1913.

Verf. beschreibt einen der seltenen Fälle von Scabies mit universeller Ausbreitung und sehr langer Dauer (10 Jahre). Der ganze Körper war von einer hyperkeratotischen Kruste überzogen. Selbst die Fingernägel wiesen starke Deformitäten auf. Unter Schwefel- und Perubalsambehandlung trat rasche Heilung ein. *Linser* (Tübingen).

Cipolla, Michelangelo, Ein Fall von Orientbeule in der Provinz Palermo. (*Univ.-Kinderklin., Palermo.*) Zentralbl. f. Bakteriol., Orig. **67,** S. 521—523. 1913.

Bei einem 15 jährigen Mädchen aus der Provinz Palermo entstand im September 1911, angeblich infolge Stoßes, eine papelähnliche Geschwulst im Gesicht über dem rechten Jochbein. Als Furunkel irrtümlich und erfolglos eingeschnitten. Im Februar 1912 zeigte sie sich als haselnußgroße, hartelastische, spontan wie auf Druck schmerzlose, nicht juckende, nicht brennende Anschwellung von gelb-violetter Farbe, im Zentrum bedeckt von einer hämatischen Kruste und ringsum von weißlichen Schüppchen. Nach Ablösung der Kruste wird eine Ulceration mit unterminierten, unregelmäßigen und infiltrierten Rändern und graulichem mit serösblutiger Flüssigkeit überdecktem Grund bloßgelegt. Einige schmerzlose Drüsen sind am Unterkieferwinkel fühlbar. Diagnose wurde per exclusionem auf Orientbeule gestellt und durch den Nachweis des „Piroplasma von Wright" als solche bestätigt. Heilung nach 3 Jodtinkturapplikationen „fast spontan". „Der mitgeteilte Fall ist deshalb von Wichtigkeit, weil er vollkommen die Vermutung rechtfertigt, daß zwischen den beiden Krankheiten Leishmania-Anämie und Orientbeule ein sehr enger Zusammenhang besteht, da beide Krankheiten in denselben Gegenden endemisch sind. Sehr wahrscheinlich sind die Parasiten, welche bei den beiden Erkrankungen angetroffen werden, durchaus identisch." *zur Verth* (Kiel).

Geschwülste:

Lewin, Carl, Versuche über die Biologie der Tiergeschwülste. (*Kgl. Inst. f. Krebsforsch. d. Charité, Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 147—154. 1913.

Bei Ratten und Mäusen kommen von Tier zu Tier übertragbare Geschwülste vor, die in

ihrer mikroskopischen Struktur vollkommen denen des Menschen ähneln. Es zeigt sich jedoch in dem Vorkommen der Geschwülste bei beiden Tierarten insofern ein prinzipieller Unterschied, als die bösartigen Geschwülste der Ratte fast ausschließlich den Typus des Sarkoms zeigen, während sich bei den Mäusen vorwiegend Tumoren mit epithelialer Struktur finden (verschiedene Empfänglichkeit der verschiedenen Zellarten). An der Sarkomnatur der Rattentumoren ist bisher kein Zweifel geäußert worden; gegen die Bezeichnung Mäusekrebs für die epithelialen Geschwülste der Maus wird gegen die Auffassung zahlreicher Voruntersucher von v. Hansemann erneut Widerspruch erhoben, indem er für die meisten transplantablen Mäusegeschwülste ihre Abstammung von Epithelien der Mamma leugnet und sie lediglich als Endotheliome angesehen wissen will. Als solche seien sie von relativ gutartiger Natur, jedenfalls in ihrer Biologie von den menschlichen Carcinomen so sehr verschieden, daß ein Vergleich beider gänzlich unmöglich sei.

Dieser Anschauung v. Hansemanns stellt Lewin gegenüber fest, daß die Mäuse- und Rattentumoren echte Carcinome und Sarkome sind, und daß Abweichungen im Verhalten der Tier- und Menschengeschwülste lediglich in den besonderen biologischen Differenzen der Träger begründet sind; er belegt seine Behauptung mit folgenden Beweisen. 1. Es zeigen die genannten Geschwülste infiltratives Wachstum, sobald sie in innere Organe oder an geeigneten Stellen implantiert werden, wo ein ungehindertes lediglich die Nachbargewebe verdrängendes Wachstum unmöglich ist. In dem lockeren weichen Gewebe der Unterhaut dagegen kann die spontane oder geimpfte Geschwulst zu enormer Größe heranwachsen, ohne daß sie auf den geringsten Widerstand des umgebenden Gewebes trifft; es liegt also das mangelnde infiltrative Wachstum dieser Tumoren nicht daran, daß es sich um Endotheliome, um minder bösartige Geschwülste handelt. 2. Es kommt bei Mäuse- und Rattengeschwülsten zur Metastasenbildung, wenn die besonderen biologischen Verhältnisse der Tiere selbstverständlich auch hier wie beim infiltrierenden Wachstum mancherlei Besonderheiten bedingen (Abhängigkeit der Metastasenbildung vom infiltrierenden Wachstum; Entstehung der Metastasen auf dem Blut- [nicht Lymph-]wege; Schädigung der Tumorzellen im Blut). Sehr oft finden sich beim Tier mikroskopische Metastasen in den Lungen, die gewöhnlich nicht zu sichtbarer Größe heranwachsen. Nicht die Bösartigkeit der Zellen oder schnelles Wachstum des Tumors sind Voraussetzung der Bildung von Metastasen, sondern maßgebend sind konstitutionelle Einflüsse (Antikörperbildung — Atreptische Immunität). 3. Es bewirken die Tiergeschwülste eine echte Kachexie, die sich besonders in außerordentlich schweren Blutveränderungen sowie in schwerer amyloider Degeneration der Leber und Milz der Tumortiere äußert. — Des weiteren berichtet L. über die auch von anderer Seite bestätigte Tatsache, daß im Verlaufe vielfacher Impfungen durch Übertragung von Carcinomen Sarkome, durch Transplantation sarkomatöser Tumoren echte Carcinome entstehen können (primäres Spindelzellensarkom einer Ratte, aus dem in der 37. Impfgeneration ein Adenocarcinom entstand). Diese Beobachtungen beweisen die Bedeutung der Reiztheorie als der einzig und allein wahrscheinlichen kausalen Erklärung des bösartigen Wachstums. — Was das Problem der Krebsheilung angeht, sind fast alle bisher angegebenen nichtoperativen Methoden ohne Erfolg; Aussicht bieten die biologische und die Chemotherapie. Was die erstere angeht, so konnten in manchen Fällen Heilungen bei Ratten und Mäusen erzielt werden, wenn das Serum von Tieren etwa 14 Tage nach einer negativ gebliebenen Impfung zu therapeutischen Injektionen verwendet wurde (Bildung von Antikörper). Noch bessere Ergebnisse (in 50% Heilung, in $33^1/_3$% weitgehende Wachstumsrückgänge) ließen sich erzielen, wenn die Milz immunisierter Tiere zu den therapeutischen Versuchen verwendet wurde (Braunstein). Durch Injektion autolysierten Tumormaterials des gleichen Stammes gelang beim Rattensarkom eine Heilung der Geschwulst in 35%, eine deutliche Hemmung des Wachstums in 80% der Fälle. Die Chemotherapie hat weit schlagendere Erfolge, bedarf aber zu ihrer Anwendung beim Menschen noch wesentlicher Umgestaltungen entsprechend den besonderen biologischen Verhältnissen der menschlichen Geschwülste. *Alfred Lindemann* (Berlin).*

Nassetti, Francesco, L'uso di sacchetti di collodion nello studio dei tumori trapiantabili. (Der Gebrauch von Collodiumsäckchen beim Studium von

übertragbaren Geschwülsten.) (*Istit. di patol. spec. chirurg., univ. di Roma.*) Pathologica 5, S. 46—48. 1913.

Zerkleinerte Mäuse- und Rattengeschwülste wurden in besonders angefertigte Collodiumsäckchen gebracht und von 4 bis zu 8 Tagen in die Bauchhöhle von Kaninchen und Ratten eingeschlossen. Im Peritoneum der Kaninchen ging die Entwicklungsfähigkeit der Tumoren vollständig verloren, während sie in der Bauchhöhle der Ratten erhalten blieb. Diese Versuchsanordnung ergibt die Möglichkeit, das Impfmaterial in lebensfrischem, artgleichem Serum proliferationstüchtig aufzubewahren. *Kreuter* (Erlangen).

Löwenstein, S., Zur Frage Unfall und Krebskrankheit. Monatsschr. f. Unfallheilk. und Invalidenwes. 20, S. 52—54. 1913.

Polemische Bemerkung.

Veylder, Huibrecht de, Sur la présence de la nucléohistone dans les tumeurs malignes et les tuberculomes. (Über die Gegenwart von Nucleohiston in bösartigen Geschwülsten und Tuberkulomen.) Belgique méd. 20, S. 87 bis 90. 1913.

Verf. konnte das nach der Ansicht von Goubau einen charakteristischen Bestandteil wenig differenzierter Zellen (Spermatozoen, Lymphocyten und Thymuszellen bei Säugetieren) bildende Nucleohiston mit der Methode Goubaus in primären Carcinomen und in Tuberkulomen nachweisen, die sich in einem Gewebe entwickelt hatten, das normalerweise Nucleohiston nicht enthält. *Leuenberger* (Basel).

Boggs, Russell H., Malignant growths, a plea for more conservative treatment. (Bösartige Geschwülste, Empfehlung einer mehr konservativen Behandlung.) New York med. journal 97, S. 178—181. 1913.

Boggs hat bei bösartigen Geschwülsten, besonders Lymphosarkomen am Hals vorzügliche Erfolge mit Röntgenbehandlung gesehen. In diesen Fällen hilft oft die reine Röntgentherapie, die jedoch auch ante- und stets postoperativ angewendet werden soll. Die postoperative Bestrahlung muß jedoch energisch und von langer Dauer — Monate und Jahre — sein. B. verfügt über Beobachtungen, in denen sich durch Zunahme des bindegewebigen Stromas und Abnahme der zelligen Elemente eine medulläre Krebsform in eine scirrhöse umwandelte. Bei Epitheliomen, die noch nicht auf die Schleimhaut übergegriffen haben, übertrifft die Röntgenbehandlung alle anderen Methoden. Die Bestimmung über Art und Dauer der Röntgentherapie müsse dem Radiologen überlassen werden. *Wohlauer* (Charlottenburg).

Aschoff, Krönig und Gauss, Zur Frage der Beeinflußbarkeit tiefliegender Krebse durch strahlende Energie. (*Pathol.-anat. Inst. u. Univ.-Frauenklin., Freiburg i. Br.*) Münch. med. Wochenschr. 60, S. 337—341 u. 413—417. 1913.

Verff. haben es sich zur Aufgabe gemacht, die Wirkungen stark gefilterter Röntgen- und Radiumstrahlen auf tiefliegende Carcinome zu studieren. Es wurden daher eine Anzahl der in der Krönigschen Klinik mit Strahlung behandelten Fälle nicht nur unter dauernder klinischer Beobachtung gehalten, sondern die Erfolge der Behandlung vom Pathologen (Aschoff) von Anfang bis zu Ende histologisch kontrolliert, wobei nicht nur auf die Beschaffenheit des Tumorgewebes, sondern in Anbetracht der verabfolgten zum teil abnorm hohen Dosen auf die möglichen Schädigungen des übrigen Organismus geachtet wurde. Die untersuchten Fälle waren je ein inoperables Carcinom des Magens, der Cervix und der Mamma, von denen ausführliche mikroskopische Befunde zahlreicher Probeexcisionen und die Sektionsberichte mitgeteilt werden. Ferner wurden 5 weitere noch in Behandlung befindliche inoperable Carcinome der Portio und der Mamma fortlaufend histologisch kontrolliert. Das Ergebnis war folgendes: Im Bereich der Bestrahlung wurde zwar in keinem Falle völlige Vernichtung des Krebsgewebes, zum Teil jedoch ausgesprochene Rückbildung der Wucherungen erzielt, am weitgehendsten bei einem Magencarcinom von zunächst reinem Adenocharakter, bei dem sich post mortem nur noch vereinzelte Nester hochgradig schleimig umgewandelter Krebszellen in narbigem Grundgewebe fanden. In den anderen Fällen war nach an-

fänglicher Rückbildung ein Weiterwachsen eingetreten, aber das Krebsgewebe änderte seinen Typus und metaplasierte zu ausgereifteren Formen geringerer Bösartigkeit, z. B. weiches Plattenepithelcarcinom der Portio in verhornendes, tubuläres Mammacarcinom in Plattenepithelkrebs. Eine Beeinflussung der nicht direkt bestrahlten metastat. Wucherungen im Sinne der Fernwirkung trat nicht ein, woraus für die Therapie die Notwendigkeit besonderer lokaler Bestrahlung der Metastasen abzuleiten ist. Was die Frage der möglichen Schädigungen, des übrigen Organismus anlangt, so zeigte die Leber in zwei Fällen deutliche Schädigungen und auch die Magenschleimhaut wies vielleicht der Bestrahlung zur Last zu legende Veränderungen auf, während die übrigen Organe offenbar sehr hohe Dosen ohne Schaden zu ertragen vermögen. Das Blutbild blieb mit einer Ausnahme (vorübergehende Leukopenie) normal. Die angestellten Untersuchungen beweisen die Möglichkeit, ohne Hautschädigung nach den Regeln der Röntgentiefentherapie im Körperinnern liegende Krebse energisch zu beeinflussen. *Hartert* (Tübingen).

Müller, Christof, Die Krebskrankheit und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen und hochfrequentierter Elektrizität resp. Diathermie. Strahlentherap. 2, S. 170—191. 1913.

Zur Begründung seines therapeutischen Handelns erörtert Verf. zunächst ausführlich seine Ansichten über das Wesen der bösartigen Neubildungen. Nach ihm beruht dasselbe auf Stoffwechselstörungen des Zellebens, welche ihrerseits in zu großer oder zu geringer Aufnahme von Material oder in unrichtiger Verarbeitung oder falscher Abgabe desselben ihren Grund haben. Die grundlegenden Momente hierfür sieht er dann weiter in der Art der Blutmischung und der Blutverteilung im Organismus. Sich anlehnend an die Teilhabersche Hypothese der Wachstumsstoffe nimmt er an, daß im Blut Wachstums- und Schutzstoffe a priori in richtig verteilter Menge kreisen, daß aus dem Zellstoffwechsel heraus immer wieder Wachstums- und Schutzstoffe in das Blut übertreten. Bei der Bildung eines Carcinoms kann nun entweder die Wachstumsfähigkeit einer Zellgruppe gesteigert sein, so daß sie das Übergewicht über die benachbarte Zellart bekommt (gesteigerte Aggressivität) oder die Schutzstoffe sind herabgesetzt, so daß diese Zellgruppe der benachbarten Zellart keinen Widerstand entgegenzusetzen vermag. Diese Änderungen können nun entweder darauf beruhen, daß nur eine lokale Störung vorliegt, die durch die im Blute kreisenden Wachstums- und Schutzstoffe nicht kompensiert werden kann, oder darauf, daß im ganzen Blutkreislauf die Verteilung der Wachstumsstoffe eine unrichtige ist. Demnach bildet die Zufuhr des Blutes mit entsprechender Berücksichtigung seiner Zusammensetzung den Kernpunkt der Behandlung.

Die Behandlung besteht in erster Linie in der Röntgentherapie. Unterstützt wird die Röntgentherapie einmal dadurch, daß die über dem Tumor liegenden Gewebsschichten asensibel gemacht werden oder dadurch, daß der Tumor selbst sensibilisiert wird. Dies erreicht Verf. durch entsprechende Verwendung des Hochfrequenzstromes. Er unterscheidet dabei zwei Hauptwirkungsarten desselben, die Funkenwirkung und die Wirkung der strömenden Hochfrequenzelektrizität. Der Funke wirkt als thermischer und mechanischer Reiz und daher hyperämisierend. Zur Herbeiführung der spez. Wirkung der strömenden Hochfrequenz muß aber deswegen die Funkenbildung ausgeschaltet werden, was durch Auflegen einer mehrschichtigen mit einer Plumb.-acet.-Lösung getränkter Gazeschicht geschieht. Der Hochfrequenzstrom tritt so schmerzlos in die Haut ein und erzeugt eine intensive Anämie derselben. Diese Blutleere der Haut ruft dann wieder kompensatorisch eine Hyperämie der darunterliegenden Gewebe hervor. Schließlich soll die längere Einwirkung der Hochfrequenz noch eine Steigerung des Blutdrucks und des gesamten Stoffwechsels herbeiführen. Bezüglich des Wesens der Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Tumorgewebe schließt sich Verf. der Ansicht Werners an, daß die Lipoide durch Röntgenstrahlen für die Fermente angreifbarer werden und daß das dadurch freiwerdende Cholin seinerseits weiter fermentativ wirkt. Cholin entsteht auch schon bei der fast immer infolge des schnellen Tumorwachstums auftretenden Nekrobiose und geht ins Blut über. Kann aber für gewöhnlich seine zellschädigende Wirkung nicht ausüben, da es in zu geringer Konzentration vorhanden. Wenn aber die Tumorzellen durch die Wirkung der Röntgenstrahlen für den fermentativen Prozeß vorbereitet sind, dann tritt die Cholinwirkung an den Tumorzellen auf, zumal wenn eine lokale Hyperämie vorhanden. Solche lokale Hyperämien erreicht man aber leicht durch die lokale Diathermie, welche eine lokale Hyperthermie hervorruft. Verf. verwendet daher Thermopenetration und Röntgenstrahlen, indem er die Thermopenetration vorausschickt und mehrmals am Tage wiederholt. Zur Blutdrucksteigerung gibt er weiter noch heiße Kaffeeextrakte und Koffein. Verf. macht dann noch kurz darauf aufmerksam, daß prophylaktisch gegen die Tumorerkrankung alle die Maßnahmen in Betracht kämen, die zur Vorbeugung der Stoffwechsel- und Infektionskrankheiten angewandt würden. Auch für die Nachbehandlung der wegen Carcinom operierten und behandelten sei das wichtig. Es muß aber da noch hinzu-

kommen eine Hyperämisierung des Operationsgebietes durch kombinierte Röntgenbestrahlung in Verbindung mit Diathermie und Hochfrequenz. Zum Schluß gibt Verf. eine Statistik, wonach 32 Carcinome ungeheilt, 36 gebessert und 32 vollständig geheilt sind.

Hagemann (Marburg a. L.).

Fasano, Mario, Sarcoma muscolare primitivo e miomectomia. (Primäres Muskelsarkom, behandelt durch Excision des Muskels.) (*Osp. civ., Asti.*) Policlin. **20,** S. 86—94. 1913.

Übersicht über die einschlägige Literatur. Ein eigner Fall von Sarkom des Rectus femoris. Verf. warnt vor den zwei Extremen, die bisher in der Behandlung der Muskelsarkome üblich waren. Das eine besteht in der, sich allzu dicht an den Tumor haltenden, allzu konservativen Exstirpation des Neoplasmas, die mit Sicherheit und großer Schnelligkeit vom Rezidiv gefolgt sei; das andere in dem durch diese Erfahrung hervorgerufenen Vorschlage einiger Autoren, primär die ganze betroffene Extremität zu entfernen. Die Erfahrung sowohl, wie sein eigener Fall, lehre, daß zwar die maligne Infiltration meist eine Strecke weit über die makroskopische Grenze der Neubildung hinausgehe, aber sich doch stets zunächst innerhalb des betroffenen Muskels oder wenigstens der betreffenden Muskelgruppe halte. Man komme danach aus mit einer weit vom sicht- und fühlbaren Tumor sich haltenden, aber die ganze Dicke des betreffenden Muskels oder aber der eng zusammengehörigen Muskelgruppe (Extensores digit. usw.) involvierenden Excision. — 3 histologische Bilder. *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Verletzungen:

Gazeau, Relation médicale de l'explosion de la „Liberté". (Sanitätsbericht über die Explosion der „Liberté".) Arch. de méd. et pharm. nav. **99,** S. 5—36. 1913.

Gazeau schildert eingehend die äußeren Umstände des Unglücksfalles (25. IX. 1911), die Rettungs- und Bergungsmaßnahmen, die Zahl und die Art der Opfer. Es handelt sich neben wenigen Verbrennungen und Erstickungen (durch die Pulvergase) um die mechanischen Folgen der Explosion. Der größte Teil der Besatzung wurde gegen Schiffswände geworfen usw. Schädelbrüche waren besonders häufig. Auf andere Leute, auch auf die nach den ersten kleineren Explosionen zu Hilfe eilenden Boote wurden Holz- oder Metallmassen niedergeschleudert. An den aus der See und dem Wrack geborgenen Leichen (deren Persönlichkeit vielfach nicht mehr festgestellt werden konnte), studierten Militärärzte die Körperverletzungen, die hauptsächlich durch die Merkmale der riesigen Gewalteinwirkung fesselten. Im ganzen hatte die „Liberté" 143 Tote (mit 7 nachträglich Gestorbenen) und 164 Verwundete, die gesamte anwesende Flotte 226 Tote (mit 13 nachträglich Gestorbenen) und 328 Verwundete.

Georg Schmidt (Berlin).

Leclercq, J., A. Guénez et C. Noailles, Les pistolets automatiques au point de vue médico-légal. (Automatische Pistolen vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus.) Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég. **19,** S. 150—192. 1913.

Die kurzen automatischen Feuerwaffen werden mit den Revolvern verglichen, ihre Projektile und Treibmittel werden beschrieben. Die Effekte des Schusses mittels automatischer Pistolen auf den Schützen, die Veränderungen an den herausgeworfenen Hülsen, an der Kugel im Laufe der Pistole und nach Verlassen des Laufes und an der Waffe selbst werden ausführlich aufgezählt. Die Zeichen für die Entfernung und Haltung der Waffe, aus der der Schuß abgegeben ist, werden analysiert.

Die Tiefenwirkungen auf den getroffenen Körper werden durch die erhöhte Mündungsgeschwindigkeit des Projektils von 300 m und mehr in der Sekunde und durch die schnelle Abnahme der Fluggeschwindigkeit beeinflußt. Sie sind meist schwerer als die Wirkungen der Revolver, entbehren aber charakteristischer Zeichen. Sprengwirkung ist trotz der geringen Anfangsgeschwindigkeit nicht selten. Die Unterscheidung des Einschusses und Ausschusses an ihrem Durchmesser ist vielfach nicht möglich. Der Einschuß ist besser an seiner Grauverfärbung, Zone der Quetschung und beim Schuß aus einer Entfernung unter 50 cm auch an seiner Rauchschwärzung und Tätowierung mit Pulverresten zu erkennen. *zur Verth* (Kiel).

Fischer, Franz, Teilweises Ergrauen der Haare nach Trauma. Dermatol. Zentralbl. **16,** S. 162—163. 1913.

Jones, Robert, On the present position of treatment of fractures. (Über den gegenwärtigen Stand der Frakturenbehandlung.) Liverpool med.-chirurg. journal **33,** S. 1—33. 1913.

Im Anschluß an den Bericht einer Kommission der Brit. med. Association über die Resultate der Frakturenbehandlung, besonders der operativen, kommt Verf. zu dem Resultat, daß die Notwendigkeit einer wesentlichen Erweiterung der bisher üblichen Indikationen zur Operation nicht bestehe, da viele mangelhafte Resultate konservativer Behandlung auf ungenügender Technik der Reposition und Fixation der Fragmente oder zu früher Bewegung und Belastung der Extremität beruhen. In schlechter Stellung bereits vereinigte Frakturen korrigiert Verf. häufig operativ. Für Fälle verzögerter Konsolidation bei konservativer Behandlung empfiehlt er nach Thomas Klopfen der Frakturstelle und Umschnüren der Extremität mit Gummischlauch ober- und unterhalb des Bruches. — Im einzelnen benutzt er bei Schenkelhals- und hochliegenden Schaftfrakturen des Femur ein das Bein in Abduktion und fester Extension fixierendes Rahmengestell, zur Nachbehandlung einen entlastenden Gehbügel, bei tieferen Schaft-, suprakondylären und hohen Unterschenkelfrakturen die Thomas-Knieschiene mit fixer Traktion. Operative Behandlung lehnt er am Femur gänzlich ab, empfiehlt sie primär am Unterschenkel nur bei Frakturen im unteren Drittel, die auch durch Tenotomie der Achillessehne und stärkste Extension nicht reponiert zu halten sind. Platten und Schrauben sind dabei der Drahtnaht vorzuziehen. Bei Oberarmfrakturen soll nicht vor der vierten Woche mit passiven Bewegungen begonnen werden. Suprakondyläre Brüche des Ellbogengelenks und Epiphysenlösungen sind mindestens zwei Wochen mit spitzwinklig flektiertem Gelenk zu fixieren. Operative Behandlung ergibt hier schlechtere Resultate als konservative. Über Fract. olecr., antebrach., radii, patellae, malleol. ext. mit Luxation des Fußes bringt Verf. nur allgemein Bekanntes. Die neueren Gewichtsextensionsverfahren in der Frakturenbehandlung werden nicht erwähnt. *Joseph* (Berlin).

Walker, John B., Operative treatment of fractures. (Operative Behandlung von Frakturen.) New York State journal of med. **13,** S. 64—68. 1913.

Walker berichtet über 8 Fälle von operativ behandelten Frakturen ie haudptsächlich das obere und untere Ende des Femur sowie des Humerus und Gelenkfrakturen betreffen, bei denen die Fragmente sich nicht leicht und vollständig reponieren und wo abgebrochene Stücke (Ellenbogengelenk) sich nicht an ihre normale Stelle bringen lassen. Er benutzt durchlochte, mit Stifte resp. Schrauben versehene Metallplatten (Lane) und hat nach den beigefügten Röntgenbildern auch bei einem 16 Monate alten Kinde mit einer hochsitzenden Oberschenkelfraktur ausgezeichnete Resultate mit diesem Vorgehen, dem er seit 1909 folgt. *Creite* (Göttingen).

Roberts, John B., An American surgeon's opinions of the open or operative treatment of closed fractures. (Ansicht eines amerikanischen Chirurgen über die blutige Behandlung der Frakturen.) Arch. internat. de chirurg. **6,** S. 62—68. 1913.

Verf. glaubt, daß in Amerika zu viele Frakturen operativ behandelt werden, die durch konservative Methoden bei genügender Sorgfalt mit guten Resultaten zur Heilung gebracht werden könnten. Wo blutige Behandlung angezeigt ist, darf sie nur von durchaus erfahrenen Chirurgen unter allen Kautelen der Asepsis ausgeführt werden. *Joseph* (Berlin).

Kriegschirurgie:

Soubbotitch, La chirurgie de guerre dans les hôpitaux de Belgrade. (Kriegschirurgisches aus den Belgrader Lazaretten.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 298—303. 1913.

Es wurden 7000 Verwundete versorgt. In 11 von Soubbotitch, dem Vorsitzenden der serbischen ärztlichen Gesellschaft, einberufenen Versammlungen tauschten

170 serbische und ausländische Ärzte ihre Erfahrungen aus. Uthermölens Verbandpäckchen wird gelobt. Die Verwundeten der ersten Schlachten wurden bald und gut verbunden. Später vergrößerten sich die Strapazen und die Entfernungen für die Rückbeförderung. Doch waren Wundinfektionen immer noch selten. Von den 7000 hatten nur 13 Wundrose und 4 Wundstarrkrampf. Die einfach lebenden Serben sind sehr widerstandsfähig. Häufige Steckschüsse. Das Spitzgeschoß drehte sich im Körper häufig um, wirkte aber sonst wie das Cylindergeschoß, war also im ganzen gutartig. Auch die häufigen Schüsse vom Kopf durch den Körper bis zum Damm heilten. Zerrissen und infiziert waren die Wunden, die Schrapnellkugeln, Granatsplitter, von Albaniern verwendete Martinigewehrgeschosse verursacht hatten. Selten waren Verletzungen mit blanken Waffen. Das Abwarten hatte insbesondere bei Nerven- und Lungenschüssen, aber auch bei Bauchverletzungen Erfolg. Ungünstig waren Schädel- und Gehirn- sowie Rückenmarkswunden. Die meisten Knochenschüsse verliefen wie nicht offene Knochenbrüche. Verletzte, ruhig gestellte Gelenke heilten. Amputiert wurde nur bei Granatwunden und Erfrierungen. Die häufigen Aneurysmen wurden meist von der 3. Woche ab unterbunden; in 8 Fällen hatte die Gefäßnaht Erfolg. Dreimal folgten der Arterienunterbindung Brand und Amputation. Die Haut wurde mit Jodtinktur desinfiziert. Es kommt alles auf einen guten Verband und auf schnelle und bequeme Rückbeförderung des Verwundeten an. Aseptisches konservatives Verfahren überwiegt das Operieren. *Georg Schmidt* (Berlin).

Walther, Le corps de santé de l'armée serbe. (Das serbische Sanitätskorps.) (Soc. de chirurg. de Paris, séance du 19 févr. 1913.) Gaz. d. hôp. **86,** S. 363. 1913.

Siehe vorstehendes Referat.

Monprofit, La chirurgie et la guerre des Balkans. (Chirurgie und Balkankrieg.) Bull. méd. **27,** S. 213—214. 1913.

Monprofit war von der französischen Regierung zu den Serben entsandt. Diese waren mit Verbandpäckchen versehen und wurden über dessen Wichtigkeit und Handhabung belehrt. So wurde erreicht, daß die Wunden zumeist sehr schnell einen ersten schützenden, einwandfreien Verband erhielten. Das ist die Hauptsache. Infolgedessen heilten auch Verletzungen lebenswichtiger Teile glatt. Jede sonstige Bearbeitung der Wunde ist zu unterlassen. Operationen sind auf die dringendsten Notfälle zu beschränken. Es heißt aseptisch verbinden und zurückbefördern. — Die türkischen Gewehrkugeln (Spitzgeschoß, 6 mm-Kaliber) erzeugten gutartige Verletzungen, selbst an den Knochen, am Brustkorbe, in der Bauch- und Schädelhöhle. Dagegen bringen die Geschosse der Geschütze schwere Zerreißungen und Zertrümmerungen hervor, die sofort tödlich sind oder üble spätere Folgen haben. Die sehr mäßigen Serben vertrugen Betäubungsmittel ausgezeichnet. *Georg Schmidt* (Berlin).

Frisch, O. v., und P. Clairmont, Erfahrungen und Erlebnisse aus dem Balkankriege. (K. k. Ges. d. Ärzte, Wien. Sitzungsber. vom 31. I. 1913.) Klin.-therap. Wochenschr. **20,** S. 245—247. 1913.

v. Frisch arbeitete im Divisionsspital in Sofia. Er sah unter etwa 1100 Soldaten 900 Verwundete, die z. T. von weit her kamen und daher vielfach infiziert waren. Bei vorwiegend abwartender Behandlung nur 4 Todesfälle. Infizierte Schußverletzte brauchen selbst fiebernd nicht immer operiert zu werden. 5 Gehirnabsceßtrepanationen, 6 Nähte größerer Nerven, 15 erfolgreiche Aneurysmenoperationen. Man lasse beim Aneurysma erst sich Kollateralen bilden. 4 wegen Blutung oder Schmerzen dringliche Aneurysmaoperationen gingen gut aus. Keine Gefäßnaht. Sonstige Kasuistik.— Clairmont wirkte in verschiedenen Lazaretten und auch in einem Verwundetenzuge z. T. unter sehr dürftigen Verhältnissen. Der Mastisolverband ist anscheinend schlecht durchgängig für Eiter, spart aber an Hilfskräften. Es wurde in Gummihandschuhen operiert; Wasser mangelte. Die Äthernarkose war bedenklich, weil bei Licht und am Feuer gearbeitet werden mußte. Über die Operationsanzeigen bei Schädelschüssen wurden verschiedenartige Erfahrungen gesammelt. Querschüsse durch Hals,

Brustkorb, Bauch, wurden mehrfach beobachtet. Sofortiger erster Verband (Verbandpäckchen) ist wichtig. *Georg Schmidt* (Berlin).

Depage, Une ambulance belge à Constantinople. (Eine belgische Rote Kreuzabteilung in Konstantinopel.) Gaz. d. hôp. civ. et milit. **86,** S. 371. 1913.

Depage brachte mit 3 Ärzten, 4 Krankenpflegerinnen, 1 Krankenträger chirurgische, Sterilisations-, Mikroskopier-, chemische Geräte sowie für 200 Verwundete Verbandstoffe auf 4 Wochen mit. Vor der Einrichtung hatte er Gelegenheit, den großen Umfang der Choleraseuche zu studieren. Die Mannlicherkugelverletzungen verliefen gegenüber den Schrapnellwunden auffällig günstig, auch wenn edle Teile getroffen waren, mit Ausnahme der großen Gefäße und der Nervenzentren. Es kommt darauf an, die Wunden vor früher oder später Infektion zu schützen. Es sollen der Soldat im Verbandpäckchengebrauche geübt, seine Gesundheitspflege von den militärischen Vorgesetzten streng überwacht, die Eingriffe in der vorderen Linie tunlichst beschränkt, die Schrapnelle verboten, bei Verdacht auf Eiterung die Leukocyten im Blute gezählt werden. Häufig wurden Füße brandig, manchmal infolge Schnürung durch die Beinwickel. *Georg Schmidt* (Berlin).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Kisch, Eugen, Über Äthertropfnarkosen nach vorheriger Injektion von Pantopon-Atropinschwefelsäure. (*Chirurg. Univ.-Klin., Berlin.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 352—354. 1913.

Das Pantopon, $^1/_2$ Stunde vor Beginn der Narkose gegeben, schaltet mit Sicherheit das Excitationsstadium aus. Die Atropinschwefelsäure unterdrückt die Salivation. Die Verabreichung beider Mittel verringert deshalb die Gefahren der Äthertropfnarkose. *Hohmeier* (Marburg).

Giordano, Giacinto, Breve nota su di un caso di anestesia generale per mezzo di iniezioni intramuscolari di etere. (Kurzer Bericht über einen Fall von Allgemeinnarkose mittels intramuskulärer Ätherinjektion.) (*Istit. di clin. chirurg., univ. Torino.*) Rif. med. **29,** S. 143—144. 1913.

Bei einem 56jährigem Manne konnte durch die intramuskuläre Injektion von Äther nach Descarpentrier keine Narkose erzielt werden. Nach der Injektion kam es jedoch zu den heftigsten Schmerzen und Hämoglobinurie, sowie zu einer Lähmung der linksseitigen Gesäßmuskeln, in die 35 ccm Äther injiziert worden waren. Verf. warnt vor der Anwendung dieses Verfahrens. *Strauß* (Nürnberg).

Sternberg, Carl, Im Anschluß an die Momburgsche Blutleere und an Lumbalanästhesie aufgetretene Todesfälle. (*Landeskrankenanst., Brünn.*) Med. Klinik **9,** S. 166—170. 1913.

Eine 39jährige Frau, bei welcher wegen einer schweren bei Lösung der Nachgeburt entstandenen Blutung der Momburgsche Schlauch mit gutem Erfolg angelegt war, ging 5 Tage später unter peritonitischen Erscheinungen zugrunde. Die Sektion ergab: 5 cm langer in das Parametrium reichender Cervixriß; Innenfläche des Uterus mit jauchigen, stinkenden Massen bedeckt; Magen, gesamter Dünn- und Dickdarm mächtig ausgedehnt; an vielen Stellen des Dünn- sowie des Dickdarmes oberflächliche Schleimhautblutungen und kleine oberflächliche Nekrone. Am Darm, an den Nieren keine Zeichen einer Quetschung. Aorta abdominalis, Vena cava, Ganglion coeliacum ohne Befund. — Bei der epikritischen Würdigung dieses Autopsiebefundes glaubt Verf. die Annahme eines Zusammenhangs zwischen der letalen Peritonitis und der jauchigen Endometritis zurückweisen und die Peritonitis als Folgeerscheinung des hochgradigen Meteorismus ansehen zu müssen. Diesen Meteorismus als Ausdruck der durch die Momburgschen Taillenschnürung erfolgten Läsion der Nervi splanchnici aufzufassen, ist nach anderweitigen klinischen Beobachtungen und tierexperimentellen Feststellungen wohl angängig; nur im Sinne mittelbar wirkender Schädlichkeiten können die besonderen Verhältnisse des Falles in Betracht kommen. — Im Anschluß bespricht Verf. 6 von ihm obduzierte Fälle, bei denen die Lumbalanästhesie den Tod der Patienten herbeigeführt hatte. In 5 Fällen war der Tod plötzlich während oder nach der Operation eingetreten, nur in einem Fall 18 Stunden nach der Operation. In einem Fall konnte eine geringe den tödlichen Ausgang nicht erklärende Blutung in den Spinalkanal, in 2 Fällen eine stärkere Durchfeuchtung der Gehirn- und Rückenmarkssubstanz festgestellt werden; in 3 Fällen erwiesen sich Gehirn, Rücken und Meningen völlig normal. In 2 Fällen wurde ein Status thymico-lymphaticus gefunden. Die Fälle verteilen sich auf 1770 Lumbalanästhesien. Es entspricht diese Zahl einem Verhältnis von 1 : 442. Aus dem jüngst von Michelson gebrachten Sammelbericht ergibt sich, daß Todesfälle nach Lumbalanästhesie bis jetzt nicht allzu selten sind, allerdings bezüg-

lich des Verhältnisses noch in weiten Grenzen schwanken (Tomaschewski 1 : 17 847, Strauß 1 : 2574, Chiene 1 : 570, Hohmeier 1 : 200). Strenge Indikationsstellung und richtige Auswahl der Fälle ist daher vorläufig noch dringend geboten. *Kayser* (Cöln).

Desinfektion:

Schaeffer, R., Der Handschuhsaft. Entgegnung auf die Arbeit von H. Hellendall und W. Fromme. Zentralbl. f. Gynaekol. **37**, S. 206—207. 1913.

Das Hautsekret, das sich unter dem Gummihandschuh ansammelt, der „Handschuhsaft", ist infektiös, auch wenn zur Händedesinfektion Sublimat verwendet wurde. Immerhin sollte die Überlegenheit der Sublimatdesinfektion über die Warmwasseralkoholwaschung durch die Versuche Hellendalls und Frommes erwiesen sein; doch können derartige Überimpfungsversuche nur dann als einwandfrei und beweiskräftig gelten, wenn der Handschuhsaft vor seiner Übertragung auf den Nährboden durch Behandlung mit Schwefelammon von dem ihm beigemengten Sublimat befreit wird. Das haben Hellendall und Fromme außer acht gelassen. Wird die Sublimatdesinfektion mit der Ahlfeldschen Methode in Vergleich gezogen, so muß zur Waschung, wie Ahlfeld vorschreibt, unverdünnter Alkohol, nicht der weniger wirksame 70prozentige, den Hellendall und Fromme gebrauchten, verwendet werden. *Genewein* (München).

Magnus, Georg, Wundbehandlung mit Zucker. (*Chirurg. Klin., Marburg.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 406—408. 1913.

Zucker in Substanz oder in hochkonzentrierter Lösung hat sich auch nach den Versuchen des Verf. als bactericid und fäulniswidrig in der Behandlung infizierter Wunden bewährt. Die antiseptische Kraft ist vor allem auf die Eigenschaft des Zuckers, dem Gewebe Wasser zu entziehen, zurückzuführen. Unter dieser „Serumspülung" der Wunde reinigt sie sich von Mikroorganismen und Fibrinniederschlägen und wird dadurch in günstigere Heilungsbedingungen versetzt, die sich in dem Auftreten gesunder Granulationen und in rascherer Epithelisierung äußern. — Von der Heilwirkung des Zuckers ausgeschlossen sind tuberkulöse Entzündungen. *Genewein.*

Instrumente, Apparate, Verbände:

Beach, S. J., A new ether blower. (Ein neuer Apparat zur Äthernarkose.) Boston med. a. surg. journal **168,** S. 202. 1913.

Beach bedient sich seit einem halben Jahre eines Narkoseapparates, der dazu bestimmt ist, die manuelle Tätigkeit des Narkotiseurs auf ein Minimum zu reduzieren. Der Apparat besteht aus einem kleinen Elektromotor und einem mit diesem verbundenen ventilatorähnlichen Flügelrad, welches von einem Blechgehäuse umschlossen ist. Das letztere zeigt an der der Motorachse gegenüberliegenden Seitenfläche die Lufteinlaßöffnung und senkrecht zur Achse eine kleine Ausgangsöffnung, in welcher ein Gummischlauch befestigt ist. Dieser mündet in eine durch einen doppelt perforierten Stöpsel verschlossene, halb mit Äther gefüllte Glasflasche, aus welcher ein zweiter Gummischlauch zum Mundstück führt. Setzt sich der Motor in Bewegung, so wird durch das Flügelrad ein Luftstrom erzeugt, der durch den ersten Gummischlauch in die Ätherflasche gelangt, aus welcher dann der zweite Gummischlauch die entstandenen Ätherdämpfe in den Mund des Patienten leitet. Je nach der gewünschten Konzentration der Narkose wird der Schlauch weiter an den Rachen vorgeschoben oder weiter herausgezogen. Es ist darauf zu sehen, daß die in die Flasche mündenden Enden der beiden Gummiröhren nicht in den Äther eintauchen. Nach der Erfahrung des Verf. ist Äther von gewöhnlicher Zimmertemperatur wirksamer, als angewärmter Äther. *Saxinger* (München).

Panting, Laurence C., An abdominal retractor. (Ein Bauchdeckenhalter.) Lancet **184,** S. 468. 1913.

Modifikation des Gossetschen Bauchdeckenhalters durch Anbringung eines dritten, rechtwinklig zu den anderen wirkenden Blattes. Abbildung. *Hartert* (Tübingen).

Fuld, Joseph E., An easily made intestinal traction forceps. (Eine leicht gemachte Darmfaßzange.) Americ. journal of surg. **27,** S. 70. 1913.

Die Endringe der Branchen tragen seitlich kleine Schlitze, von denen aus über das Metall noch Überzüge aus Gummi usw. gelegt werden, die festes Halten ohne zu scharfes Klemmen garantieren. Auch als Zungenzange hat sich das Instrument bewährt. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Leighton, Adam P., A portable combination douche-can and sterilizer. (Kombination eines tragbaren Irrigators mit Sterilisator.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 279. 1913.

Abbildung und Beschreibung eines sehr einfachen, in einer gewöhnlichen geburtshilflichen Tasche unterzubringenden Metallkastens, der mit Hilfe eines Einsatzes als Instrumentenkocher, auf die Kante gestellt, als Irrigator benutzt werden kann. *Joseph* (Berlin).

Chlumský, V., Therapeutische Mitteilungen. 3. Eine praktische Vorrichtung zur Kopfsuspension. Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31,** S. 65. 1913.

Den „Ledermasken" ähnliche Kopfschlinge aus Filz, die an der Innenseite mit Leinwand oder Seide überzogen ist. *Duncker* (Köln a. Rh.).

Bazy, Louis, Propulseur mécanique avec tube protecteur pour sondes uretérales. (Apparat zur mechanischen Einführung von Uretersonden mit Schutzhülse für die letzteren.) Rev. prat. d. malad. d. org. génito-urin. **10,** S. 32—34. 1913.

Der Apparat (Modell Drapier) gestattet es, Uretersonden jeden Kalibers unmittelbar aus einem biegsamen, metallnen Futteral heraus — in dem, bzw. mit dem sie sterilisiert werden konnten — so in das Uretercystoskop einzuführen, daß eine Beschmutzung derselben bei der Einführung ausgeschlossen ist. Der Apparat garantiert also aseptische Handhabung des Ureterkatheterismus. Da die Sonde durch eine Schraube zwischen zwei im Innern des Apparates befindlichen, gummiarmierten Rädchen vor- und zurückgeschoben wird, fallen die Bewegungen des Cystoskopes fort, die sich bei manueller Einführung der Sonden nie ganz vermeiden lassen und die dem Kranken oft schmerzhaft sind und dem Untersucher das Gesichtsfeld verschieben. Bazy bringt an der Hand von Abbildungen eine Gebrauchsanweisung des Apparates, der sich an jedem Uretercystoskop anbringen läßt und bei Drapier et fils, 41 rue de Rivoli, Paris, erhältlich ist. *Janssen* (Düsseldorf).

Pedersen, Victor Cox, A light-carrier with lens and rheostat for urethroscopy. (Ein Beleuchtungsapparat mit Linse und Rheostat für Urethroskopie.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 182—183. 1913.

Pedersen hat einen Nebenapparat zu dem Buergerschen Urethroskop konstruiert, der aus einem besonderen Lichtträger und einem Okular besteht. An einem gewöhnlichen Rheostaten hat er zwei Lichtanschlüsse angebracht, von denen der eine mit dem Urethroskop, der andere mit dem Lichtträger in Verbindung steht. Durch einen an dem Rheostaten angebrachten besonderen Hebel kann bald der eine, bald der andere Anschluß durch einen einfachen Handgriff eingeschaltet werden. Die Handhabung des ganzen Instrumentes gestaltet sich also folgendermaßen: Das Urethroskop wird eingeführt und die kranke Stelle eingestellt. Die Optik wird dann entfernt und statt ihrer der Lichtträger in den Tubus eingesetzt. Dieser nimmt im Tubus wenig Raum ein und gestattet daher die Behandlung der erkrankten Schleimhaut mit Instrumenten usw. Das Okular wird entweder auf den Tubus des Urethroskops aufgesetzt oder an einem besonderen längeren Arm montiert, welcher gestattet, die nötigen Instrumente einzuführen, unter gleichzeitiger Beobachtung des Operationsfeldes durch das Okular. *Kotzenberg* (Hamburg).

Radiologie:

The report of the radium institute. (Bericht des Radiuminstitutes.) Med. rev. **16,** S. 117—124. 1913.

Simonson, S., Die schmerzstillende Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen. (*Samariterh., Heidelberg.*) Strahlentherap. **2,** S. 192—223. 1913.

Verf. hat die Literatur auf Angaben über die schmerzstillende Wirkung der Röntgen- und Radiumbehandlung durchgesehen. Er gibt darüber eine ganz ausführliche Statistik, in welcher er das Material nach der Art der Krankheit und ihrem Sitz angeordnet hat. Aus der Statistik zieht er den Schluß, daß fast alle Formen von Schmerzen, sowohl jene, die durch Tumoren und entzündliche Erkrankungen hervorgerufen werden, als auch jene, welche neuralgischer Natur sind oder durch konstitutionelle Erkrankungen bedingt werden, sehr günstig zu beeinflussen sind. Die Tatsache, daß das sowohl bei den Röntgenstrahlen wie bei den Radiumstrahlen der Fall ist, führt ihn dazu, anzunehmen, daß es eine direkte Wirkung sei, indem er seine Ansicht noch dadurch gestützt glaubt, daß trotz schmerzstillender Wirkung öfter die heilende Wirkung an der lokalen Affektion ausbleibt. Die direkte Beeinflussung kann nun entweder in einer Einwirkung auf die peripheren sensiblen Nervenendigungen oder die sensiblen Nervenbahnen in ihrem ganzen Verlauf bis in die sensible Sphäre der Gehirnrinde ihren Grund haben. Die zur Erhärtung dieser Theorien angestellten Experimente, die statistisch angeführt werden, begnügen sich mit der Untersuchung der Nervensub-

stanz nach den Bestrahlungen. Ihr meist negativer Ausfall ist aber nicht Beweis dafür, daß keine Änderungen an dem zentralen Nervensystem auftreten, da ja auch bei schweren Störungen des Zentralnervensystems ein pathologisch-anatomischer Befund oft nicht zu erheben ist.
Hagemann (Marburg a. L.).

● **Reyn, Axel, Die Finsenbehandlung, ihre Grundlage, Technik und Anwendung.** Bibl. d. physikal.-med. Techn. **6**, Berlin, Meusser. 1913. 126 S. M. 6,20.

Der hervorragende Mitarbeiter Finsens, Reyn, behandelt in der Bibliothek der physikalisch-medizinischen Techniken von Heinz Bauer die Finsenbehandlung in sehr anschaulicher, klarer und gut illustrierter Weise. Besonders die Technik wird ausführlich geschildert mit allen Neben- und Hilfsapparaten, wie sie sich in dem Finseninstitut mit seiner reichen Erfahrung im Laufe von fast 20 Jahren bewährt haben. Der Hauptwert ist auf die Lichtbehandlung des Lupus gelegt. Daneben ist die Finsenbehandlung des Lupus erythematodes, der Acne, Naevi vasculares usw. nur gestreift. Etwas ausführlicher geht Verf. auf die Rotlichtbehandlung der Pocken ein, auf die Finsen seine Lichttherapie aufbaute. Die theoretischen Grundlagen der Finsenbehandlung sowie deren Vorzüge vor deren neueren Ersatzapparaten, besonders der Quarzlampe werden in kurzen Abschnitten abgehandelt. Den Beschluß macht ein kleiner Anhang über das chemische Bogenlichtbad (Hasselbalch), dessen Folge, die Hauthyperämie, bei manchen Herzerkrankungen günstige Wirkungen aufweist.
Linser (Tübingen).

Stopford-Taylor, G. G. S., and Robert W. MacKenna, Ionic medication. (Behandlung mit Ionisation.) Liverpool med.-chirurg. journal **33**, S. 234—247. 1913.

Verf. haben bei einer Anzahl Erkrankungen die elektrische Ionisation auf dem Weg der Kataphorese angewandt und dabei hauptsächlich Zinksalzlösungen in Verwendung gezogen. Das Hauptanwendungsgebiet war der Lupus vulgaris. Auch bei oberflächlichen Neuralgien, Rheumatismus, gonorrhoischen Erkrankungen usw. ergab diese Methode gute Resultate. *Linser* (Tübingen).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Schwab, Willy, Beitrag zur Kasuistik der Schädelbasistumoren. (*Herzogl. Krankenh., Braunschweig.*) Med. Klin. **9**, S. 291—293. 1913.

Verf. berichtet über einen Tumor der Schädelbasis mit Zerstörung des Keilbeins und linken Felsenbeins und Umwachsung der Nerven hypoglossus, vagus, glossopharyngeus und abducens. Die klinischen Symptome waren: Kopfschmerzen 6 Monate lang, schließlich Abweichen der Zunge nach links, Schlund- und Gaumensegellähmung, Geschmacksstörung, Schwerhörigkeit und Blicklähmung des linken Auges. Die Patientin ging an einer Bronchopneumonie zugrunde. Pathologisch-anatomisch ergab sich ein Plattenepithelcarcinom. *Schmitz* (Leipzig).

Manwaring, J. G. R., Replacing depressed fractures of the malar bone. (Reposition von Depressionsfrakturen des Jochbeines.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 278—279. 1913.

Beschreibung und Abbildung einer bei den Dentisten gebräuchlichen Zange, deren Branchen kuhgehörnförmig gebogen sind. Bei Depressionsfraktur des Zygomaticum wird der eingekeilte Knochen mit den Armen der kräftigen Zange vom Infraorbital- und vom unteren Rande her gefaßt und leicht reponiert. Auf der Haut hinterlassen die spitzen Branchenenden nur feine Stiche. *Joseph* (Berlin).

Corsy, F., Considérations anatomiques sur les injections neurolytiques dans la névralgie faciale. (Anatomische Betrachtungen über die neurolytischen Injektionen bei Trigeminusneuralgie.) Gaz. des hôp. **86**, S. 421—424. 1913.

Die genaue Kenntnis der Austrittsstellen des Trigeminus verbürgt den Erfolg bei der Injektionsbehandlung der Gesichtsneuralgie. Die an 110 Schädeln ausgeführten Untersuchungen haben folgendes Resultat gezeitigt:

I. Ramus ophthalmicus. Für den Nervus supraorbitalis ist die Punktionsstelle durch die Incisura supraorbitalis bezeichnet. Ist dieser Anhaltspunkt nicht durchzutasten,

so trifft man den Nerven, wenn man dicht unterhalb des oberen Orbitalrandes, an der Grenze vom medialen zum mittleren Drittel, einsticht und die Nadel schräg nach außen und 15 bis 20 mm tief vorschiebt. — II. Ramus maxillaris: Die Austrittsstelle des N. infraorbitalis, das gleichnamige Foramen, liegt 1 mm unterhalb eines kleinen Knochenvorsprungs, der im Verlaufe des unteren Orbitalrandes durch das Zusammentreffen des Jochbeins mit dem Proc. zygomaticus des Oberkiefers gebildet wird. Verbindet man ferner den unteren Jochbeinwinkel mit dem unteren Rande des knöchernen Nasengerüsts und teilt diese Linie in 5 gleiche Abschnitte so fällt der dritte Teilpunkt (vom Jochbein aus gezählt) mit dem gesuchten Foramen zusammen. Die Nadel ist stark nach oben und außen zu führen. Will man den Ramus maxillaris selbst bei seinem Durchtritt durch das Foramen rotundum angreifen, so geht man von der Mundhöhle aus mit einer bajonettförmig gebogenen Nadel hinter der Alveole des oberen Weisheitszahns ein und gelangt durch den weichen Gaumen hindurch, in einer Tiefe von 3 cm, auf den Boden der Fossa zygomatica des Keilbeins. Die Nadel wird hier 3—4 mm vorgeschoben und dabei um ebensoviel gehoben; so erreicht man den gewünschten Nervenast. Statt diesen intrabuccalen Weg zu beschreiten, kann man von der äußeren Wange aus, an der Vorderfläche des Proc. coronoideus mandibulae, und zwar dicht unterhalb des Jochbogens, eingehen. Hier bezeichnet die Verbindung des Proc. temporalis des Jochbeins mit dem Proc. zygomaticus des Schläfenbeins des genaueren die Injektionsstelle. Durch Haut, Temporalisfasern und Bichatschen Fettklumpen hindurch stößt man so auf die Lamina lateralis des Proc. pterygoideus, an der vorbei man den Nerven in der Fossa pterygo-maxillaris erreicht. Endlich gelangt man auf dem Boden der Orbita, am lateralen Augenhöhlenwinkel beginnend, zur Fissura spheno-maxillaris, in der man dem 2. Trigeminusast begegnet, wenn die Nadel insgesamt 25 mm vorgedrungen ist. — III. Ramus mandibularis: Für Injektionen in den N. mentalis ist das Foramen mentale der gegebene Ort. Dasselbe liegt gegenüber dem 2. Praemolarzahn, 28 mm von der Mitte und 14 mm (bei Frauen 12 mm) vom unteren Rande des Unterkiefers entfernt. Entsprechend dem Verlauf des Canalis mandibulae muß die Nadel schräg nach oben und außen gerichtet sein. Den Stamm des N. mandibularis, nach seinem Durchtritt durch das Foramen ovale, erreicht man, wenn man in der Mundhöhle den Proc. pterygoideus aufsucht, in seiner Höhe die Wange durchsticht und die Nadelspitze nach hinten oben richtet, sobald man mit ihr den genannten Keilbeinfortsatz berührt hat. Ein Einstich am unteren Jochbogenrande führt zu dem gleichen Ziel, wenn die Punktionsnadel mit stark elevierter Spitze 38 mm tief vorgeschoben wird. *Meyer* (Köln a. Rh.).

Robineau, Résection du nerf facial dans le rocher; régénération spontanée partielle. (Resektion des Nerv. Facialis im Felsenbein; Partielle Spontanregeneration.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 156—157. 1913.

Robineau berichtet über eine wegen Cholesteatoms radical operierte Patientin, bei welcher 1—1,5 cm des Facialis in der Felsenbeinpyramide mitreseciert werden mußte; bei ihr hatte sich nach 3 Jahren die anfangs totale Lähmung soweit zurückgebildet, daß jede Entstellung fehlte, daß das Auge fest geschlossen werden konnte. *Ernst Schultze* (Berlin).

Hirnhäute, Gehirn:

Hauptmann, Alfred, Untersuchungen über das Wesen des Hirndrucks. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Freiburg.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **14,** S. 313 bis 323. 1913.

Versuche, welche zur Klärung der Frage unternommen wurden, ob die Hirndrucksymptome Folgen der Zirkulationsstörung in der Schädelhöhle sind oder ob sie durch eine Kompression der Hirnsubstanz bedingt sind. Die gemeinsam mit P. Trendelenburg- Freiburg i. Br. gemachten Versuche wurden in der Weise ausgeführt, daß narkositierten Hunden an beiden Großhirnhemisphären Trepanationsöffnungen gemacht wurden, in deren Bereich die Dura sorgfältig excidiert wurde. Durch ein der einen Trepanationsöffnung angepaßtes Rohr wurde aus einem Reservoir Kochsalzlösung in den Subarachnoidalraum eingepumpt und dadurch der allgemeine Hirndruck erhöht. Durch das in der andern Trepanationsöffnung eingefügte Glasfenster konnte die Hirnoberfläche an einer Stelle beobachtet werden, welche von der Applikationsstelle des Drucks entfernt liegt. Durch eine besondere Vorrichtung war es mit Hilfe eines Gummisäckchens möglich, den lokalen Druck nachzuahmen. Der Verfasser ging bei den Versuchen von der Überlegung aus, daß die Hirndrucksymptome sofern sie ursächlich durch Zirkulationsstörungen bedingt sind, gleichzeitig mit diesen auftreten und wieder verschwinden müssen, sobald die Zirkulationsstörungen beseitigt sind. Zur Beseitigung derselben verwandte der Verf. im Experiment Adrenalin. Auf Grund seiner Versuche kommt der Verf. zu dem Schluß, daß die Hirndrucksym-

ptome durch Substanzkompression des Gehirns hervorgerufen werden und nur insofern von den Zirkulationsstörungen abhängig sind, als durch das Leergepreßtwerden der Gefäße der Hirndruck erst imstande ist, die einzelnen nervösen Elementarorganismen (Zellen, Fasern usw.) gegeneinander zu verschieben und auf diese Weise die Substanzkompression zu bewirken. *Ranzi* (Wien).

Auerbach, Siegmund, Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei raumbeschränkenden Affektionen des Gehirns. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. **10,** S. 16 bis 21. 1913.

Vortrag im ärztlichen Fortbildungskurs. Verf. bespricht zunächst die Neisser-Pollaksche Hirnpunktion, die er nur dann für indiziert hält, wenn man mit der topischen Diagnostik nicht weiterkommt. Die Punktion soll erst nach vorangegangener Incision der Haut und Trepanation mit einer Doyenschen Fräse gemacht werden, um Nebenverletzungen zu vermeiden. Des weiteren werden die verschiedenen druckentlastenden Operationen und ihre Indikationen kritisch besprochen und zwar das subtemporale Ventil (Cushing), die Lumbalpunktion, der Anton-Bramannsche Balkenstich und die sellare Palliativtrepanation (A. Schüller). *Ranzi* (Wien).

Bolten, G. C., Pathogenese und Therapie der genuinen Epilepsie. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. **33**, S. 119—159. 1913.

Der Verf. erörtert die neueren Auffassungen über die Pathogenese und Therapie der genuinen Epilepsie und beschreibt seine eigenen Untersuchungen, aus denen er etwa folgende Schlüsse zieht: 1. Die echte Epilepsie ist eine Toxikose, die vermutlich durch normale Zersetzungsprodukte unserer Nahrungsstoffe und durch normale Stoffwechselprodukte unserer eigenen Zellen verursacht wird. Die Art der Toxine ist noch nicht festzustellen. — 2. Diese toxischen Stoffe werden nicht genügend neutralisiert durch unzureichende Wirkung der Schilddrüsen und der Nebenschilddrüsen, die Organe zum Schutz des Zentralnervensystems gegen Toxine bilden. — 3. Die Insuffizienz der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen ist vielleicht sekundär, abhängig von Störungen des Sympathicus. — 4. Die bei echter Epilepsie in der Gehirnrinde gefundenen Veränderungen sind nicht die Ursache der Krankheit, sondern durch die chronische Intoxikation verursacht. — 5. Echte Epilepsie ist vielfach nicht von symptomatischer Epilepsie infolge von Meningitis zu unterscheiden. — 6. Die Epilepsia tarda stimmt zwar in mehrfacher Hinsicht mit den Erscheinungen bei echter Epilepsie überein, hat jedoch hinsichtlich der Pathogenese nichts mit letzterer zu tun. — 7. Die echte oder essentielle Epilepsie ist sehr gut heilbar durch rectale Einspritzungen mit frischem Preßsaft der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse von Rindern. *Windmüller* (Breslau).[M]

Cordes, Franziska, Manieartige Geistesstörung bei Hirntumor. (*Städt. Heil- u. Pflegeanst., Dresden.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **15,** S. 205—216. 1913.

Krankengeschichte einer 40jährigen Frau mit manieartiger Geistesstörung. Die Obduktion ergab einen walnußgroßen Tumor (zellreiches Spindelzellensarkom) an der Basis des linken Schläfelappens und außerdem einen von der Spitze des Schläfelappens bis in den Anfangsteil des Occipitallappens reichenden Erweichungsherd. Psychische Störungen überhaupt kommen bei Hirntumoren nach Schuster in 50 bis 60%, nach Sterling in 40—50% der Fälle vor. Manieartige Krankheitsbilder sind relativ selten. *Ranzi* (Wien).

Lange, Labyrinthveränderungen bei Tumoren des Kleinhirns und Kleinhirnbrückenwinkels. Arch. f. Ohrenheilk. **90,** S. 180—199. 1913.

Bericht über 4 Fälle von Kleinhirntumoren, bei denen Lange histologische Untersuchungen des Labyrinths ausführen konnte. Dieselben ergaben ältere und frischere Entzündungen im Meatus acusticus internus und im Labyrinth, Transsudationen, Pigmentierungen, Blutungen und Neubildung von Bindegewebe, mehr minder hochgradige Degeneration der Markscheiden, Reduktion der Zahl der Nervenfasern und Gan-

glienzellen sowie Vermehrung der Kerne der Schwannschen Scheide. Alle diese Erscheinungen waren in den einzelnen Fällen mehr minder deutlich ausgeprägt. Die Nervenendstellen zeigten meist nur geringe Veränderungen, die teils als entzündliche, teils als postmortale Veränderungen aufzufassen sind. Bisweilen fanden sich die Nerven im Tumorgewebe völlig aufgegangen. Die entzündlichen Erscheinungen sind wohl meist auf die Operation zurückzuführen, die Hyperämie, Blutung und Pigmentierung sind der Ausdruck einer hochgradigen Blut- und Lymphstauung im Labyrinth, bedingt entweder durch den erhöhten Hirndruck oder durch den lokalen Druck durch den Tumor. Bezüglich der Nervenveränderung ist das wesentlichste Resultat, daß beim Menschen die supraganglionäre Läsion des Cochlearis mit einer Degeneration der Zellen des Ganglion spirale und der peripheren Fasern einhergeht. *Denk* (Wien).

Ciuffini, Publio, Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio dei tumori del lobo parietale. (Klinischer und anatomisch-pathologischer Beitrag zur Lehre von den Geschwülsten des Scheitellappens.) (*Scuola di neuropatol., univ., Roma.*) Riv. di patol. nerv. e ment. **17,** S. 705—727. 1913.

Autor bespricht ausführlich die Krankengeschichten von 2 Fällen von Geschwülsten des Scheitellappens, die Symptome von Geschwülsten des Hirnstammes (einmal der Brücke, das anderemal des Thalamus) vorgetäuscht hatten, die aber beide nicht zur Operation gekommen waren.

Im 1. Fall handelte es sich um eine 42jährige Frau mit epileptiformen Krämpfen, linksseitigem Schläfenkopfschmerz, Brechen, Schwindel, schmerzhafter Schädelperkussion in der linken Schläfengegend mit fehlender Stauungspapille, mit Störungen des 6.—12. Hirnnerven rechts, des 6. links und Paresen der rechten Extremitäten. Die Obduktion ergab ein subkortikales Sarkom des linken Lob. pariet. infer. Im 2. Fall, bei einer 55jähr. Frau fanden sich neben allgemeinen Hirndrucksymptomen eine linksseitige Parese des Facialis und der Extremitäten, Steigerung der Reflexe beiderseits, Krämpfe bes. links, Hypästhesie für alle Qualitäten, Astereognosie und unsicheres Lagegefühl, wie schmerzhafte Schädelperkussion über dem Scheitelbein und Schwerhörigkeit links, vermehrter Eiweißgehalt des Liquor. Die Autopsie ergab ein Spindelzellensarkom der Marksubstanz des gyr. supramargin., lobul. pariet. infer. und gyr. angul. rechts, das auf den Thalam. opt. drückte.

Schließlich folgt eine Zusammenstellung und Besprechung von 11 Fällen von Scheitellappentumoren aus der Literatur, von denen 2 zur Operation gekommen waren.

Streißler (Graz).

Nonne, M., Diagnose und Therapie der syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Dermatol. **2,** S. 3—47. 1913.

Aus der hauptsächlich für Neurologen geschriebenen Arbeit interessiert den Chirurgen einerseits die Betonung der Möglichkeit einer lückenlosen Diagnose der syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems durch die „vier Reaktionen“: 1. Die Wassermannsche Reaktion im Blut; 2. in der Lumbalflüssigkeit; 3. die Phase I-Reaktion (Nonne - Apelt) auf Globulinvermehrung in der Lumbalflüssigkeit; 4. durch die Untersuchung auf Lymphocytose. Ihre Technik wird eingehend besprochen, bei 2. die Auswertungsmethode (Hauptmann und Hössli), bei der 0,4—1,0 ccm statt 0,2 ccm Liquor verwendet werden, als sicherer empfohlen. Wichtig erscheint andrerseits die chirurgische Behandlung der Nervensyphilis, insofern die Hirnsyphilis auch nur unter dem Bilde eines Hirntumors u. zw. Rindentumors auftreten kann. Zuerst ist selbstverständlich eine spezifische Behandlung einzuleiten; sollte sie erfolglos sein, oder der Prozeß fortschreiten, so empfehlen alle Autoren bei operativ erreichbarem Sitz des Gummas den chirurgischen Eingriff. Über eine chirurgische Behandlung der Rückenmarkssyphilis ist dem Autor nichts bekannt, doch würde er bei Erfolglosigkeit einer spezifischen Therapie bei tumorartig das Rückenmark komprimierenden Duralgummen, besonders bei solitären, wie er es in einem Fall gesehen, die operative Entfernung empfehlen. *Streißler* (Graz).

Fornaseri, Guido, La gelatina emostatica nelle emorragie encefaliche. (Gelatine zur Blutstillung bei Gehirnblutungen.) Riv. med. **21,** S. 1—2. 1913.

Verf. berichtet über 2 Fälle von Apoplexie wegen Pachymeningitis haemorrhagica. Die

gehäuften epileptiformen Anfälle, welche durch Venaesectio, Klysmen, Senfteige usw. nicht unterbrochen wurden, blieben aus nach subcutaner Injektion von 10 ccm 10proz. Gelatine. Die Gelatine bewirkt Drucksenkung, sie soll auch die Blutung zum Stillstand bringen. F. empfiehlt das Verfahren zur Nachprüfung. *Hotz* (Würzburg).

Doazan, J., Étiologie, symptomes et traitement chirurgical des hémorragies méningées du nouveau-né. (Ätiologie, Symptome und chirurgische Behandlung der meningealen Blutungen beim Neugeborenen.) Arch. gén. de chirurg. **7,** S. 10—29. 1913.

Zwecks Behandlung der meningealen Blutungen bei Neugeborenen hat man bis jetzt verschiedene therapeutische Maßnahmen angewendet: Blutentziehungen, Lumbalpunktion, Eröffnung des Schädels nach Art der osteoplastischen Methoden beim Erwachsenen und Ausräumung des Blutergusses. Verf. empfiehlt die von Gilles angegebene, weniger gefährliche Punktion von der großen Fontanelle aus. Zusammenstellung der bis jetzt operativ behandelten Fälle. *Ströbel.*

Auge:

Kugel, L., Über Knorpelausschälung gegen Ectropium senile. (*Univ.-Augenklin., Bukarest.*) Graefes Arch. f. Ophthalmol. **84,** S. 79—93 u. 199. 1913.

Nach Ansicht von Kugel ist das Wesentliche beim Ectropium senile nicht die Lidrandverlängerung, sondern der verdickte umgekrempelte Knorpel. Um den Fehler der Verkürzung des Conjunctivalsackes, der bei Ausschneidung eines Längsstreifens aus der inneren Lidplatte auftritt, zu vermeiden, ging K. zur Knorpelausschälung über, welche er als wahre Radikaloperation gegen Ectropium senile bezeichnet. Zunächst übte er eine Art Knorpelverdünnung von der Lidhautseite aus. Seine definitive Methode beschreibt K. wie folgt: Man spannt das Lid über einen Desmarresschen Lidhalter, führt einen Schnitt durch Conjunctiva und Tarsus in unmittelbarer Nähe der inneren Lidkante und löst mit dem Messer erst die Bindehaut vom Tarsus, dann die Tarsusvorderfläche von ihrer Unterlage, worauf der Tarsus durch Scherenschnitte entfernt wird. Schluß der Wunde durch 3—4 Matratzennähte. Fuchssches Gitter, kein Verband. K. behauptet, daß seine Methode, im Gegensatz zu der von Kuhnt-Szimanowski, stets zum Ziele führe, auch bei den höchsten Graden von Ectropium, und zwar deshalb, weil die Verdickung des Lides direkt beseitigt werde, die Verlängerung der Lidkante aber nach der Knorpelausschälung durch Kontraktion des Lidgewebes von selbst verschwinde. In einem Nachtrag berichtet K. über einen Fall, bei dem nach Knorpelausschälung doch noch Anwendung der Szimanowskischen Operation nötig wurde. *Kirsch* (Berlin).

Liégard, H., Une modification au procédé de suture de la cornée dans l'opération de la cataracte. (Ein modifiziertes Verfahren von Hornhautnaht bei der Staroperation.) Ann. d'oculist. **76,** S. 119—126. 1913.

Liégard empfiehlt warm die von Kalt schon vor längerer Zeit angewandte Hornhautnaht bei Cataraktextraktionen und gibt folgende Verbesserung an. Während Kalt einen einfach armierten Faden am Schnittrande vertikal durch die Hornhaut führt und dann horizontal durch die Episklera, schlägt L. vor, sich eines doppeltarmierten Fadens zu bedienen und den Faden sowohl durch Horn- wie durch Lederhaut horizontal zu legen. *Meisner* (Berlin).

Kellner, Eduard, Sinuisitis frontalis acuta und Iridocyclitis acuta, ein Beitrag zur Kenntnis der rhinogenen Augenaffektionen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. **47,** S. 237—244. 1913.

Mitteilung eines Falles von beiderseitiger akuter Stirnhöhleneiterung, in deren Verlauf sich eine beiderseitige schwere Iridocyklitis entwickelte. Heilung der Stirnhöhleneiterung unter konservativen Maßnahmen in 3 Wochen; die Augenaffektion bedurfte zur Heilung 5 Wochen. Im Anschluß daran werden die verschiedenen Theorien über die Entstehung der Iridocyklitis durch Nebenhöhlenaffektionen kritisch beleuchtet. *Kahler* (Freiburg i. B.).

Obarrio, P. de, The rational surgery of retro-bulbar neoplasms: with report of a case of cylindroma of the orbit, extirpation of the same, and preservation of the eye. (Das rationelle Operationsverfahren bei retrobulbären Neu-

bildungen mit Bericht über einen Fall von Cylindroma orbitae und seine Entfernung unter Erhaltung des Augapfels.) Ophthalmoscope **11,** S. 148—156. 1913.

Obarrio zählt vier verschiedene Arten auf, mit Hilfe deren man retrobulbäre Geschwülste entfernen kann: 1. Schnitt durch die Weichteile, 2. Weichteilknochenlappen, beide Methoden dienen der Entfernung des Tumors unter Erhaltung des Augapfels; 3. Enucleation mit Exstirpation des Tumors, 4. Exenteratio orbitae. Wenn eben möglich, soll die 1. Methode gewählt werden, der Schnitt wird etwa 1 bis 2 cm entfernt vom Rand der Augenhöhle über die stärkste Vorwölbung der Geschwulst geführt, man strebe danach die Geschwulst mit einer ev. vorhandenen Kapsel zu entfernen. O. gelang es so, ein temporal oben gelegenes Cylindrom, das sich bis zur Spitze des Orbitaltrichters ausdehnte und 5 cm lang, $3^1/_2$ cm breit und $2^1/_2$ cm dick war, mit Erhaltung des Augapfels und seiner Muskeln und Nerven aus der linken Augenhöhle zu entfernen. Aussehen und Funktion des Auges und der Lider waren einen Monat später völlig wie früher. *Meisner* (Berlin).

Collins, Sir William, Tumours of the orbit: a plea for operation. (Geschwülste der Augenhöhle und Operationsindikationen.) Brit. med. journal **2721,** S. 380—381. 1913.

Collins beschreibt fünf Orbitaltumoren, ein Osteosarkom, vom unteren äußeren Rande der Augenhöhle ausgehend, einen sarkomatös entarteten Tumor der Tränendrüse (mehrfach rezidivierend), ein großes Cavernom, das trotz Unterbindung der gleichseitigen Carotis communis nicht zurückging, ein Rund- und ein Spindelzellensarkom. In allen Fällen mußte schließlich die Exenteratio orbitae ausgeführt werden, die bis auf den letzten Fall die Geschwulst radikal beseitigte. Im letzten waren aber schon Oberkieferhöhle und Siebbeinzellen mitergriffen, und trotzdem sie mit entfernt wurden, erlag der Pat. einem Rezidiv. *Meisner* (Berlin).

Seidel, Erich, Über die Anwendung der Lokalanästhesie bei Exenteratio orbitae. (*Univ.-Augenklin., Heidelberg.*) Graefes Arch. f. Ophthalmol. **84,** S. 196 bis 198. 1913.

Der Versuch, zur Exenteratio orbitae (wegen Melanosarcom) die Lokalanästhesie zu verwenden, wurde in folgender Weise ausgeführt: 1% Novocain (mit etwas Adrenalin) wird mit einer 5 cm langen geraden Hohlnadel durch die geschlossenen Lider hindurch, längs der Orbitalwand allmählich nach hinten gegen das Foramen opticum zu eingespritzt, und zwar oben, unten und nasal je 2, temporal 4 ccm. Die Wahl der Einstichstellen erfolgte mit Rücksicht auf den Verlauf der sensiblen Nerven. Die 28 Minuten nach der Injektion begonnene Operation konnte schmerzlos ausgeführt werden. Die Blutung war infolge der Adrenalinanämie sehr mäßig. *Kirsch* (Berlin).

Cotterill, J. M., and George Mackay, Haematoma of the left orbit treated by modified Krönlein's operation. (Hämatom der linken Orbita, behandelt durch modifizierten Krönlein.) Brit. med. journal **2721,** S. 381. 1913.

Einige Jahre nachdem Patient einen Hufschlag gegen die linke Schläfe erhalten hatte, bemerkte er — zunächst nur beim Bücken — ein Vortreten seines linken Augapfels. Nach weiteren drei Jahren entstand Exophthalmus und die Sehschärfe des betr. Auges ließ nach, auch trat leichte Ptosis ein. Nach Krönlein wurde die Außenseite der Augenhöhle frei gelegt und man fand hinter dem Bulbus ein Hämatom, das noch ca. 1 Eßlöffel frischgeronnenen Blutes enthielt. Restitutio ad integrum. *Meisner* (Berlin).

Nase:

Rosenstein, A., Ein dritter Weg zur totalen Rhinoplastik. Bemerkungen zu der Arbeit von E. Holländer. (*Jüd. Krankenh., Posen.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 309. 1913.

Schon vor Holländer hat Steinthal die Rhinoplastik aus der Brusthaut empfohlen. Rosenstein selbst hat eine totale Rhinoplastik mit Material aus der Brustbeingegend ausgeführt, indem der umgeklappte Lappen zunächst in die Submentalgegend eingepflanzt und in zweiter Sitzung in den Defekt eingefügt wurde. Diese Wanderlappenmethode läßt sich in allen Fällen mit mäßiger Fixierung des Kopfes ausführen. *Hohmeier* (Marburg).

Hanszel, Friedrich, Einiges über Blutungen aus der Nase und über ihre Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der von mir angegebenen Ballontamponade der Nase. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. **47**, S. 172 bis 189. 1913.

Nach Besprechung der bisher üblichen therapeutischen Maßnahmen bei Nasenblutungen empfiehlt Verf. einen Gummiballontampon, der von der Firma Rüsch in Cannstatt-Rommelshausen angefertigt wird. Er besteht aus einem 7 cm langen Nasenballon aus Patentgummi und einem Kontrollballon, der extranasal zu liegen kommt. Er faßt ca. 10 ccm Luft und läßt sich auf Daumendicke aufblasen. Er wird mit sterilem Öl eingefettet in die Nase eingeführt und mit einer Spritze aufgeblasen. Die Vorteile des Ballontampons gegenüber der gebräuchlichen Gazetamponade sind leichte und schmerzlose Einführung, Regulierbarkeit der Kompression in der Nase unter steter Kontrolle mittels des Kontrollballons wie bei der Trendelenburgschen Ballonkanüle. Es kommt zu keinen Schleimhautverletzungen, so daß Synechiebildung vermieden werden kann. Der Ballon läßt sich leicht und schmerzlos entfernen, kann eventuell auch von Pat. selbst eingeführt werden. Auch läßt er sich zur Korrektion der deviierten Nasenscheidewand im Kindesalter, sowie bei Frakturen verwenden.

Kahler (Freiburg i. Br.).

Sędziak, Jan, Nowotwory zto´liwe w jamach obocznych nosa oraz w jamie nosowo-gardzielowej. (Bösartige Geschwülste in den Nebenhöhlen der Nase und im Cavum naso-pharyngeale.) Medycyna i kronika lekarska **48**, S. 152—165, 191—196. 1913. (Polnisch.)

Eine statistische Übersicht seiner eigenen 16 und aller bis jetzt in der Literatur bekannten Fälle.

Ehrlich (Warschau).

Bleiweis, Démeter R. v., Zahnwurzelresektion mit gleichzeitiger Eröffnung der Kieferhöhle bei akuten Empyemen dentalen Ursprunges. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. **47**, S. 135—138. 1913.

18jähriges Mädchen erkrankte an einer akuten Kiefernhöhleneiterung infolge Pulpitis des zweiten Prämolaris. Verf. schlug die Cowpersche Operation vor; da das Mädchen aber den erkrankten Zahn nicht opfern wollte, wurde die Wurzelresektion nach Partsch ausgeführt, dabei die Kieferhöhle eröffnet und durch Spülungen die Eiterung rasch zur Ausheilung gebracht.

Kahler (Freiburg i. B.).

Ohr:

Kosokabe, H., Zur plastischen Operation der kongenitalen Mißbildung des Gehörorgans. (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskranke, Fukuoka, Jap.*) Arch. f. Ohrenheilk. **90**, S. 214—221. 1913.

Kongenitale Mißbildungen des Gehörorganes sind meist auf das äußere und Mittelohr beschränkt; nur selten ist das innere Ohr beteiligt. Daher finden sich Hörreste. Stimmgabeluntersuchung zeigt, daß die Hörverminderung durch Leitungshindernis bedingt ist. Wenn also Cochlearis und Vestibularis sich als funktionsfähig nachweisen lassen — kalorische Reaktion durch Auflegen von Eiskompressen — und Pat. die Operation aus kosmetischen Gründen wünscht, soll der Zustand chirurgisch angegangen werden. 2 Fälle sind auf diese Indikation hin operiert worden. Es wurden Gehörgänge durch Einschlagen von gestielten Hautlappen neu gebildet und die verkümmerten Ohrmuscheln aus Knorpelresten und der umgebenden Haut nach Mög-lichkeit vergrößert. Die Warzenfortsätze zeigten normale Zellbildung, dagegen waren Paukenhöhlen und Gehörknöchelchen nur mangelhaft entwickelt. Das Hörvermögen wurde in beiden Fällen durch die Operation verbessert. *Paetzold* (Berlin).

Mund:

Alessandri, Roberto, ed Angelo Chiavaro, Resezione di tre quarti della mandibola per via orale e nuovo metodo di prostesi mandibolare definitiva. (Resektion von $^3/_4$ des Unterkiefers auf oralem Wege und neue Methodik einer definitiven Unterkieferprothese.) Policlin. **20**, S. 49—62. 1913.

Einem 18jährigen Mädchen entfernte Alessandri einen 3 Jahre bestehenden orangengroßen, zum Teil exulcerierten polymorphzelligen sarkomatösen Tumor des rechten Unterkiefers durch Resektion desselben zwischen der Mitte des aufsteigenden Astes und der linken Kinngegend nach Abtragung aller Muskelansätze vom Munde

aus und erhielt, nach Anlegen zweier provisorischer und einer definitiven Prothese ein sehr gutes Endresultat. Chiavaro bespricht sodann die von ihm geübte Prothesentechnik. Nach zahnärztlicher Ausbesserung der schadhaften Zähne und Vornahme von Abdrücken konstruierte er eine provisorische Kautschukprothese nach Muster der von Claude Martin angegebenen mit zahlreichen feinen Spülkanälen zur Desinfektion der Resektionswunde. Nachdem diese 3 Wochen gelegen hatte, zogen sich die Weichteile infolge Narbenschrumpfung so weit zurück, daß Ch. sie durch eine ebensolche aber aus Metall gefertigte ersetzte, welche $1^1/_2$ Monate lag, um dann der definitiven Prothese zu weichen. Ausführliche Beschreibung der Technik der Herstellung der provisorischen und der definitiven schweren Zinnprothesen, welche vor den leichteren provisorischen Prothesen im Falle der Resektion folgende Vorteile bieten: 1. Wegfall der provisorischen Kautschukprothese, 2. Wegfall der seitlichen Flügel und 3. Ausgleich der narbigen Retraktion der Weichteile. Im Falle der Desartikulation aber weisen sie folgende Vorteile auf: 1. Wegfall der aufsteigenden Äste der definitiven Prothese (Reizung der Fossae glenoidales) und 2. Wegfall der Gaumenplatte (sitzt bloß durch ihr Gewicht an ihrem Platze fest). *v. Saar* (Innsbruck).

Harmer, L., Beitrag zur Kenntnis der Mischgeschwülste des Kopfes (Parotistumoren). (*Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Wien.*) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. 47, S. 189—196. 1913.

Außer an Parotis und Submaxillardrüse findet man am Gaumen besonders häufig sog. Mischgeschwülste. Die variierende Nomenklatur erklärt sich durch den verschiedenen mikroskopischen Befund, der beim einzelnen Tumor selbst meist verschieden ist. Makroskopisch dagegen haben sie ein ziemlich einheitliches Verhalten. Verf. charakterisiert sie als langsam wachsende, scharf umschriebene Tumoren unter der Schleimhaut des weichen Gaumens, die sich selten durch malignes Verhalten auszeichnen. Nach Anführung eines selbst beobachteten Tumors einer 38jährigen Frau geht Verf. ausführlich auf den mikroskopischen Bau der Geschwulst ein. Das Präparat zeigte alveoläre Struktur und bestand aus bindegewebigem Stroma mit eingelagerten Zellnestern mit zylindrischen Elementen am peripheren Saum der Zellnester und Verhornung nach dem Zentrum zu. Das Bindegewebe zeigte Verschleimung der Grundsubstanz und hyaline Degeneration. Verf. meint, den beschriebenen Tumor nicht mit der Parotis in Zusammenhang bringen zu können, sondern rechnet ihn zu den Mischgeschwülsten, und zwar schließt er sich der Meinung an, daß diese epithelialer Natur sind und am besten nach Herxheimer als heterologe Cancroide zu bezeichnen wären. *Schmitz* (Leipzig).

Moral, Hans, Über die ersten Entwickelungsstadien der Glandula parotis. (*Anat. Inst., Univ. Greifswald.*) Anat. Hefte. Abt. 1, 47, S. 383—491. 1913.

Die Parotis legt sich später an als die Submaxillaris, jedoch früher als die Sublingualis. Ihre Entwicklung folgt denselben Gesetzen wie die Submaxillaris. Die Lumenbildung beginnt jedoch schon vor der Verzweigung. Eine Kapsel besitzt die Parotis nicht; auf ihre Gestalt wirken die Submaxillaris und Arteria maxillaris externa ein. *Rost* (Heidelberg).

Moral, Hans, Über die ersten Entwicklungsstadien der Glandula submaxillaris. (*Anat. Inst., Univ. Greifswald.*) Anat. Hefte. Abt. 1, 47, S. 277—382. 1913.

Die Untersuchungen wurden an Schweineembryonen angestellt. Die erste Anlage der Drüse besteht in einer Epithelleiste, deren Zellen sich deutlich von denen der Mundhöhle unterscheiden und an der man auf einem Querschnitt Hals und Kopf trennen kann. Es kommt zu Seitensprossen an dem Epithelzuge, die später zu Zweigen des Ausführungsganges werden. Von einem bestimmten Augenblick an hört das Wachsen in die Länge fast völlig auf und die Drüse verzweigt sich knäuelförmig. Die Ausführungsgänge erhalten ein Lumen durch Auseinanderweichen des Zellen und Zellzerfall. Schleimzellen treten zunächst nur in den Endknospen auf. Schon sehr frühzeitig findet man eine umfangreich angelegte Kapsel, die sich deutlich gegen das umliegende Bindegewebe abgrenzt und Nervenfasern vom Lingualis enthält. Diese Primitivkapsel bildet die Septen und mit dem umgebenden Bindegewebe die definitive Kapsel. Auf die Gestalt der Kapsel wirkt von den umgebenden Gebilden am meisten die Vena facialis communis ein. *Rost* (Heidelberg).

Armbruster, G., Zur Genese von Leukoplakia oris non-luetica. Dtsch. med. Presse **17**, S. 2—3. 1913.

Soweit aus der kurzen Mitteilung sich ersehen läßt, glaubt Verf. einen Zusammenhang der Leukoplakia oris in gewissen Fällen mit Psoriasis annehmen zu können, wenn auch sonstige äußere Erscheinungen letzteren fehlen. *Linser* (Tübingen).

Neumann, Friedrich, Beitrag zur Therapie der erworbenen und angeborenen Gaumendefekte. (*Univ.-Klin. f. Hals- u. Nasenkrankh., Wien.*) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. **47**, S. 289—296. 1913.

Zur Einleitung bringt Verf. einige Bemerkungen über den Passavantschen Wulst (Wulst (Wulst des M. pterygopharyngeus), die verdeckten Gaumenspalten und die Gaumeninsuffizienz. Nach einer Kritik der Behandlung mit Prothese und Operation wird näher eingegangen auf die Fälle, in denen die Paraffininjektion mit Nutzen angewandt werden kann. Technik, Menge des zu injizierenden Paraffins und die Injektionsstellen werden eingehend besprochen. Geeignet sind Fälle von ganzen oder halbseitigen Paresen des Gaumensegels, besonders letztere, wo Injektionen von ganz kleinen Mengen Paraffin in die Hinterfläche des Velum guten Epipharynxabschluß ermöglichen. Injektionen in die seitlichen Teile des M. pterygopharyngeus können bei totaler Lähmung nützen, wenn auch kein Passavantscher Wulst vorhanden ist. Injiziert darf nur in bewegte, nicht in bewegende Teile werden, d. h. nie in den Muskel, nur zwischen ihn und die Schleimhaut und am besten nicht mehr als 1 ccm vom Schmelzpunkt 42°. Besondere Schwierigkeiten bieten die Defekte nach Lues, wo die Injektion viel Vorsicht erfordert; die Narben müssen oft erst durch Massage, Fibrolysin (?) oder Radium erweicht werden; die Dauer der so erreichten Erfolge ist noch zweifelhaft. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Wirbelsäule:

Jourdan, C., et S.-N. Economos, Sarcome de l'arc postérieur de l'atlas, extirpation, guérison. (Sarkom des hinteren Atlasbogens; Exstirpation, Heilung.) Rev. franç. de méd. et de chirurg. **10**, S. 22—24. 1913.

Verf. bringen die Krankengeschichte eines Mannes, bei dem sich in der linken Nackengegend seit 9—10 Jahren ein Tumor entwickelt hatte, der damals die Größe einer halben Mandel besaß, allmählich weiter gewachsen und seit 4 Jahren stationär geblieben war. Vor 6—8 Monaten begann Pat. ätzende Salben zu applizieren, darauf schnelles Wachstum, Ulceration und abundante Blutung. — Bei der Aufnahme guter Allgemeinzustand. In der linken seitlichen oberen Nackenpartie befindet sich der auf dem Occiput breitbasig unbeweglich aufsitzende, orangegroße, ulcerierte Tumor, der elastisch ist und Pseudofluktuation zeigt. Die Bewegungen des Kopfes sind aufgehoben. Nervöse Erscheinungen fehlen. Drüsen waren nicht vorhanden. — Unter Fortnahme der Muskulatur weithin gelingt es, den infiltrativ wachsenden Tumor im Gesunden zu umschneiden und seinen Stiel, den linksseitigen Teil des hinteren Atlasbogens, der durch die Geschwulst zerstört ist, freizulegen. Er wird nebst einem Teil des Atlasgelenkes reseziert. Im Wirbelkanal liegt die Medulla frei und ist an dem Tumor unbeteiligt. Tamponade der Wunde. Eine halbe Stunde post operat. tiefer Kollaps, der bei Anwendung von künstlicher Atmung und Analepticis überwunden wird. Der Tumor erweist sich als reines Rundzellensarkom. Epikritisch bermerken die Verf., daß außer dem Vorhandensein des Tumors Symptome nicht bestanden, insbesondere keine nervösen Symptome, da ein Druck auf die Medulla nicht ausgeübt wurde. Eine Röntgenaufnahme lag nicht vor. Die Verff. nehmen an, daß der Tumor zunächst gutartig war und daß im Anschluß an die Behandlung mit kaustischen Salben — post hoc oder propter hoc — derselbe maligne wurde. Der Kollaps wird dadurch erklärt, daß vielleicht eine an der Art. vertebralis liegen gelassene Klemme vorübergehend auf die Medulla einen Druck ausübte. Obwohl nach 5 Monaten die Operationsstelle rezidivfrei vernarbt war, verhalten die Verf. sich gegenüber der Dauerheilung skeptisch. *Janssen* (Düsseldorf).

Becker, Wilhelm, Beitrag zur Übungstherapie der Skoliose. (*Orthop. Inst., Bremen.*) Med. Klinik **9**, S. 130—132. 1913.

Verf. führt aus: Die Behandlung der Skoliosen muß eine aktive sein. Sie setzt sich zusammen aus 2 Komponenten: 1. Kräftigung der redressierenden Muskulatur, 2. Mobilisierung der Versteifungen und Kontrakturen. Die meisten Behandlungsmethoden verfehlen das Ziel durch zu starke Mobilisation der Wirbelgelenke. Für schwere und mittelschwere Fälle, besonders S-Skoliosen und Skoliosen mit Rippenbuckel sind Apparate erforderlich. Reklinationsapparate. Die bisher gebräuchlichen nehmen als Ausgangsstellung die vertikale. Bei den Übungen in diesen Apparaten kommt die Schwerkraft zu Hilfe. Fazit: Starke Mobilisation, geringe Muskelkräftigung. Becker läßt die Übungen aus Horizontallage machen, wobei Becken und Beine angeschnallt sind

und der Oberkörper in einem Rahmenpendel extendiert wird. Eine redressierende Wirkung wird durch verstellbare Pelotten erzielt, welche durch Federzug dosiert werden kann. Er beschreibt seinen Apparat, welchen er „Detorsionsreklinator“ nennt, wie folgt:

Am vorderen Ende einer auf erhöhtem Gestell ruhenden Lagerbank ist ein in zwei Kugellagern beweglicher Rahmen angebracht, der auf der einen Seite mit einem Balanciergewicht, auf der anderen Seite vermittels einer Stellscheibe mit dem Pendelgewicht verbunden ist. Dieser Übungsrahmen trägt an der Vorderseite zwei untereinander in beliebiger Höhe feststellbare Handgriffe, deren Träger unten in einen Haken zum eventuellen Einhängen eines Kopfhalters endet. Außerdem ist auf seiner unteren Hälfte ein abschraubbares Gestell angebracht, vermittels dessen Rückenplatten in beliebiger Stellung befestigt werden können. Unterhalb des Übungsrahmens sind an der Vorderseite des Stativs beiderseits 2 Träger angeordnet, von denen aus die den Pelottendruck regulierende Kraft in Form von Spiralfedern ausgeübt wird. Auf die Extension am Kopf verzichtet B. Er läßt den Kopf stark reklinieren und erzielt so eine starke Kräftigung der Nackenmuskulatur. Den Kopfzug wendet er nur an, wenn der Apparat bei stillstehendem Reklinator als Lagerungsapparat in Form der umgekehrten schiefen Ebene benutzt wird. Die Übungen werden zunächst ohne Pelottendruck gemacht; dieser wird erst eingestellt, nachdem sich die Muskulatur gekräftigt und der Patient an die Übungen gewöhnt hat. *Schmitz* (Eschweiler).

Calve, Jacques, et L. Lamy, Un nouveau traitement de la scoliose. Méthode d'Abbott. (Eine neue Behandlung der Skoliose. Methode Abbott.) Ann. de méd. et chirurg. infant. **17,** S. 28—30. 1913.

Die von Abbott erdachte Methode besteht in einer kräftigen Überkorrektion der Skoliose in dem Sinne, daß aus der Hohlseite eine Konvexität, aus der Konvexität eine Hohlseite geschaffen wird mit gleichzeitigem kräftigen Druck auf den Rippenbuckel von hinten nach vorne und gegen die konkave Seite. In starker Vornüberbeugung in antero-posteriorer Richtung wird die konkave Seite nach vorne und nach der Konvexität gekrümmt und diese Stellung in einem Gipsmieder, das weit über das Becken reicht, fixiert. Die Schultern können mit eingegipst werden, jedoch muß die eine erhoben und nach vorne gekrümmt, die andere herunter und nach rückwärts gezogen sein. Endlich beschreibt der ganze Rücken eine große Krümmung von hinten nach vorn. Ausgeschnittene Fenster gestatten dem Thorax sich an bestimmten Stellen auszuweiten. Es erscheint, als ob die Skoliose bzw. die einzelnen Krümmungen ihren Platz gewechselt hätten. Das Mieder bleibt 6 Monate liegen. Die Kinder können und sollen sich fleißig bewegen. Mit dem ersten Verbande soll die Korrektion fast gesichert sein. Dann folgen gymnastische Übungen und ein Celluloidkorsett zur Sicherung des gewonnenen Resultates. Nur in ganz schweren Fällen wird noch ein zweites Gipsmieder angelegt.

Verf. hält sowohl Prinzip als auch Technik dieser Behandlungsweise für annehmbar, glaubt aber bei der Neuheit des Verfahrens noch kein abschließendes Urteil geben zu können und hofft auf Verbesserung der Technik. *v. Mayersbach* (Innsbruck).

Rückenmark, peripherisches, sympathisches Nervensystem:

Elsberg, Charles A., Experiences in spinal surgery. Observations upon 60 laminectomies for spinal disease. (Erfahrungen über Rückenmarkschirurgie. Beobachtungen an 60 Laminektomien wegen Rückenmarkserkrankungen.) Surgery, gynecol. a. obstetr. **16,** S. 117—132. 1913.

Die Ausführungen des Verf. basieren auf 70 Laminektomien. (60 primäre, 10 sekundäre), von denen 22 wegen Tumors, 9 behufs Durchschneidung hinterer Wurzeln, 4 wegen Knochenentzündungen, 5 bei veralteten Wirbelsäulenfrakturen, 2 wegen Syringo-Hydromyelie, 1 wegen intramedulärer Cyste, 1 wegen arterio-venösem Aneurysma der hinteren Spinalgefäße und 3 wegen einer eigentümlichen Erkrankung der Wurzeln der Cauda equina vorgenommen wurden. Bei 13 Kranken wurden keine genügenden Ursachen für ihre Erkrankung gefunden. Elsberg blickt auf eine Serie von 40 ohne bösen Zwischenfall geglückten Laminektomien zurück, weshalb er die Operation als unschwer und sicher bezeichnet. Er will seinerzeit über die Endresultate aller dieser Fälle berichten. Er ist ein Freund breiter Eröffnung des Rückgratkanals durch Wegnahme mehrerer Bögen, gewöhnlich 2—3; er scheut sich aber auch nicht, gelegentlich 5—7 Bögen zu resezieren. Die Operation ist rasch auszuführen ($^1/_2$—$^3/_4$ Stunden); osteoplastische Maßnahmen sind überflüssig. Die Dura ist stets zu inzidieren und am Schlusse durch sorgfältige Naht zu schließen. Exakte Blutstillung an der

abgeschobenen Muskulatur ist wichtig, da durch Eindringen von Blut in den Subarachnoidealraum starke Schmerzen ausgelöst werden können. Bei Eingriffen in der Rücken- und Lendenregion ist eine besondere Immobilisierung nicht notwendig, bei solchen der Hals- und der oberen Rückenregion empfiehlt er die Verwendung einer breiten Rückenschiene. Nach der Operation wird Rückenlage eingenommen. Peinlich saubere Wartung ist selbstverständlich. Bei entsprechenden Symptomen läßt sich E. auch durch positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion von einem operativen Eingriff nicht abhalten, da er zweimal in solchen Fällen ein extramedulläres Gliom vorgefunden hat. Irrtümer in der Diagnose können unter Umständen hervorgerufen werden durch Druck der gestauten Cerebrospinalflüssigkeit, wie in einem Falle von extramedullären Gliom des 8. Dorsalsegmenents, der vom Verf. genauer beschrieben wird. Das reichliche Abfließen von Spinalflüssigkeit fürchtet E. nicht, da er unter 70 Operationen niemals üble Symptome davon bemerkt hat. E. gibt sodann genaue Anweisungen über die Behandlung der Blasenstörungen und des Meteorismus nach Laminektomien, deren verschiedene Ursachen er bespricht. Der postoperative funktionelle Ausfall von seiten der resezierten Wirbelbögen ist ein minimaler, eine Deformität ist äußerlich nicht sichtbar; die Beweglichkeit der Wirbelsäule im Operationsgebiet ist nach 6—12 Monaten wieder normal. Sodann beschreibt E. 4 Laminektomien wegen veralteter Wirbelsäulenfrakturen mit gutem Resultat und gibt der Meinung Ausdruck, daß sich speziell auf diesem Gebiet öfter als bisher ein Erfolg werde erzielen lassen. Auch bei jenen Fällen, wo die Laminektomie keine erkennbaren Ursachen für die Beschwerden ergeben hat, pflegt die Operation einen günstigen Einfluß auszüben. Eine eigentümliche, anscheinend bisher unbekannte Erkrankung der Wurzeln der Cauda equina ohne anatomischen Befund, die Verf. in mehreren Fällen gesehen und durch Laminektomie günstig beeinflußt hat, will er demnächst mit Dr. Kennedy ausführlich beschreiben. Von seinen 22 Fällen von Rückenmarkstumor waren 4 extra-, 18 intramedullär. Die Operation spielt sich bei den extramedullären Tumoren gewöhnlich einaktig ab, bei den intramedullären zweiaktig. Für letztere bevorzugt er die Methode der „Extrusion“. Er schneidet das Rückenmark an der supponierten Stelle an und überläßt die Entleerung des Tumors den natürlichen Druckkräften ohne weiteres operatives Einschreiten; dabei wird das Rückenmark am meisten geschont. Auch wenn schon ein extramedullärer Tumor gefunden wurde, muß die Dura doch inzidiert werden, da daneben auch noch ein intramedulläres Gewächs vorhanden sein kann. Die Palpation ist dabei nicht verläßlich. *v. Saar* (Innsbruck).

Frazier, Charles, H., The relief of gastric crises in tabes dorsalis by rhizotomy. (Heilung der gastrischen Krisen bei Tabes dorsalis durch Resektion der hinteren Wurzeln.) Americ. journal of the med. scienc. **145**, S. 116—123. 1913.

Frazier empfiehlt die Förstersche Operation, weil sie physiologisch fest begründet, in einem nicht unerheblichen Prozentsatze der Fälle erfreulichen Erfolg hat. Er selbst führte bei einem 40jährigen Tabiker die Operation mit gutem Erfolge aus. Er entfernte die linke Hälfte der 4.—6. Brustwirbelbögen (Hemilaminektomie) und resezierte die 7., 8., 9. hinteren Wurzeln beiderseits, sowie die 10. linke (die rechte konnte er nicht mehr erreichen).

Wenn ihm in seinem Falle auch die Hemilaminektomie genügte, so gibt er doch zu, daß, je tiefer an der Wirbelsäule die Operation ausgeführt werden muß, es desto schwerer ist, durch Entfernung nur einer Hälfte der Bögen die Wurzeln genügend freizulegen. Der Duralsack soll eröffnet werden, weil die Isolierung der hinteren von den vorderen Wurzeln nach Verlassen des Duralsackes schwerer sei. F. ist entschiedener Anhänger der einzeitigen Operation. Die Nachteile der lange dauernden Narkose in Bauchlage schlägt er vor durch intratracheale Insufflation des Äthers zu beheben. Zur Besserung der Mortalitätsziffer sollen die Fälle vorsichtiger ausgewählt werden. Die Operation soll ausgeführt werden, ehe die Kranken durch Schmerzen, Morphinismus und Infektionen der Harnwege heruntergekommen sind. Bezüglich der Mißerfolge ist auch auf die Untersuchungen Kidds hingewiesen, nach denen auch die vorderen Wurzeln sensible

Fasern enthalten können. Da die Rezidive oft als intestinale Krisen auftreten, schlägt F. vor, gleich von vornherein auch die 10. und 11. Wurzeln zu resezieren. Da schließlich vom neurologischen Standpunkte aus die Möglichkeit besteht, daß gastrische Krisen durch Reizung des Vagus entständen, sollten auch solche Fälle von der Operation ausgeschlossen werden, bei welchen die Hyperästhesie im Gebiet der betreffenden Spinalnerven fehlt und der obere Bauchdeckenreflex nicht gesteigert ist. *Jung* (Straßburg).

Sauvé, Louis, et J. Tinel, L'opération de Franke. (Die Operation nach Franke.) Journal de chirurg. **10,** S. 129—155. 1913.

Besprechung der anatomischen und klinischen Grundlagen der Technik der von Franke bei tabischen Krisen empfohlenen Operation. Anatomische Schemata, histologische und operationstechnische Illustrationen sind beigefügt. Damit die Operation wirken kann müssen entweder die hinteren Wurzeln oder mindestens das Ganglion mit ausgenommen werden. Leriche und Cotte haben an Leichen Versuche in dieser Richtung angestellt und sind zu positiven Ergebnissen gekommen. Sicard und Leblanc ebenso wie die Autoren haben mit negativem Ergebnis experimentiert. Auch zwei Sektionen, bei welchen bei 24 Nerven kein einziges Mal ein Ganglion mitgerissen wurde, bestärken diese Resultate. Neben 3 eigenen Fällen werden kurz 10 fremde Beobachtungen mitgeteilt. Auf 13 Operationen entfallen 2 Todesfälle. 2 Kranke bekamen unmittelbar nach der Operation Rezidive, 3 kurz nachher, 6 Operierte sind geheilt, ein persönlicher Fall seit elf Monaten. Trotzdem ist die Operation als erster Eingriff bei gastrischen Krisen zu empfehlen, weil sie verhältnismäßig ungefährlich und technisch leichter ausführbar ist als die Förstersche Operation oder ihre Modifikation nach Guleke. Verff. empfehlen die einfache Ligatur der hinteren Wurzeln als Ersatz für diese Eingriffe. *v. Lichtenberg* (Straßburg).

Hals.

Allgemeines:

Stoney, R. Atkinson, Occlusion of the common carotid by a metal band. (Abklemmung der Carotis communis durch ein Metallband.) Clin. journal **41,** S. 334—335. 1913.

Wenn bei den Unterbindungen der Carotis communis, wie häufig, Hirnsymptome einsetzen, wie solche durch die plötzlich oder allmählich einsetzende Hirnanämie erzeugt werden, so liegt in der Entfernung der Ligatur eine große Gefahr insofern, als sich nun eine Thrombose oder Embolie etablieren kann. Um diese Schwierigkeit zu beseitigen, hat man zum Verschluß der Arterien Metallbänder eingeführt. Ausgearbeitet ist diese Methode von beiden Halsted und Matas in Amerika. Der letztere hat experimentell gezeigt, daß bei völligem Verschluß einer großen Arterie durch ein Metallband 3—4 Tage vergehen können, bevor Veränderungen der Intima adhäsiver oder obliterierender Natur Platz greifen. Wenn also Symptome cerebraler Anämie während der ersten 3 Tage erscheinen, kann man die Wunde öffnen und das Metallband entfernen. Ein dünnes Aluminiumband ist im Gebrauch, mit dem eine Aneurysmanadel armiert wird, und das bis zu völligen Verschluß um die Arterie gepreßt wird. Es empfiehlt sich, bei dieser provisorischen Abschnürung die Lokalanästhesie anzuwenden, um bei vollem Bewußtsein des Patienten die Erscheinungen nach der Abschnürung kontrollieren zu können. Stoney berichtet einen Fall von malignem Tumor der rechten Tonsille und seitlichen Pharynxwand, in dem er die Unterbindung der Carotis communis ausführte, um bei dem inoperablen Fall die Gefahr einer Hämorrhagie durch bevorstehende Arrosion eines großen Gefäßes durch den Tumor zu verhüten. Bereit gehalten wurden 2 dünne Aluminiumbänder, drei Zoll lang, das eine 4, das andre 7 mm breit. Angewandt wurde nach der Freilegung der Carotis communis in Lokalanästhesie das schmälere. Der Patient bot nach dem Verschluß keinerlei Erscheinungen dar und konnte am 12. Tage p. op. das Hospital verlassen. *Hirschmann.*

Kehlkopf und Luftröhre:

Bourgeois, Henri, Papillomes du larynx. (Papillome des Larynx.) Progr. méd. **41,** S. 60—62. 1913.

Unter Mitteilung zweier Fälle berichtet Verf. über Symptomatologie und Therapie

der Kehlkopfpapillome. Vor der chirurgischen Behandlung empfiehlt sich namentlich bei Kindern ein Versuch mit medikamentöser Therapie, mit Jod, Arsen und namentlich mit der von Claué empfohlenen Magnesia usta, die in täglichen Dosen von 0,5 g bei Kindern und in Dosen bis zu 4 g bei Erwachsenen durch Monate gegeben werden muß. Bei Recidiven von Papillomen genügt meistens die endolaryngeale Entfernung nicht. Auch die Thyreotomie ist nicht ausreichend. Die besten Erfolge werden mit der Laryngostomie und nachträglicher Dilatation bis zur vollständigen Epithelisierung, erzielt. *Kahler* (Freiburg i. B.).

Glas, Emil, Zum Kapitel der Fremdkörper im Gebiete der oberen Luftwege. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. **47,** S. 164—171. 1913.

Fall I. Extraktion eines invertierten in der Choane gelegenen Eckzahnes aus der Nase. Durch die Zersetzung der den Rhinoliten umgebenden Masse wurde eine schwere innere Erkrankung vorgetäuscht. Nach der Entfernung des Fremdkörpers rasche Heilung. Fall II. Zwischen der mittleren Nasenmuschel und dem Septum fand sich ein Rhinolit, dessen Kern Pflanzenreste aufwies und nach dessen Entfernung eine schwere Infraorbitalneuralgie verschwand. Fall III. Entfernung einer um eine Papilla circumvallata geknoteten Spagatschnur, die zu einem starken Hämatom Veranlassung gegeben hatte. Da eine Abwicklung der Schnur unmöglich war, mußte die Papille in toto abgetragen werden. Fall IV. Larynoskopisch wurde ein Absceß an der lingualen Epiglottisseite konstatiert. Nach der Eröffnung des Abscesses ließ der fötide Geruch des Absceßinhaltes an einen Fremdkörper als Ursache der Eiterbildung denken. Es fand sich an der Basis des Eiterherdes eine halbverfaulte Fischgräte. Fall V. Endolaryngeale Extraktion eines Hühnerkonchens, der 11 Monate zwischen den Stimmbändern eines 11 jährigen Knaben eingekeilt war. Bei der Entfernung brach der Knochen; das kleinere Stück desselben wurde aspiriert und nach kurzer Zeit spontan ausgehustet. Fall VI. Extraktion einer Zahnprothese aus der subglottischen Kehlkopfpartie, unter Leitung des Spiegels mit der Schlundzange. Dabei zerbrach die Prothese: 1 Teil wurde verschluckt und ging rektal ab. Fall VII. Entfernung eines Kerzenbehälters, der sich in der Trachea eines 12jährigen Mädchens verspießt hatte, auf indirektem endolaryngealem Wege. Fall VIII. Ein 15fähriges Mädchen hatte ein Stück Kastanie in einen Bronchus zweiter Ordnung aspiriert. Die Extraktion gelang 8 Tage nach der Aspiration leicht mittels oberer Bronchoskopie. Fall IX. Ein 6 Jahre altes Kind durchbiß ein behufs Dilatation einer postdiphtheritischen Stenose in den Kehlkopf eingeführtes Schrötterschen Hartgummirohr Nr. 0, wobei das distale Stück in der Trachea verschwand. Extraktion des 13 cm langen Stückes mittels Tracheofissur. Eine Entfernung durch Tracheoskopie war mit Rücksicht auf die Größe und Härte des Fremdkörpers kontraindiziert. Fall X. Eine 32jährige Frau hatte angeblich einen Pflaumenkern aspiriert. Bei der Laryngoskopie sah man ein Hämatom der linken Larynxhälfte. Da keine Symptome auf die Aspiration eines Fremdkörpers hinwiesen, wurde auf die Tracheoskopie verzichtet. Der Fremdkörper wurde an nächsten Tage in den Faeces gefunden. *Kahler* (Freiburg i. B.).

Schilddrüse:

Kutschera, Adolf, Gegen die Wasserätiologie des Kropfes und des Kretinismus. Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 393—398. 1913.

Der Verf. wendet sich in der Arbeit gegen die altgewohnte und scheinbar gut fundierte Anschauung auf Grund langjähriger Studien, die er auf Anregung von Wagner v. Jauregg in Steiermark begonnen und in Tirol weitergeführt hat. Seine Vorstellung von Kretinismus ist weiter als die bisher übliche und er sieht als kretinische Degeneration all das an, was im Endemiegebiet an körperlichen und geistigen Entwicklungshemmungen durch die kretinogene Schädlichkeit verursacht wird, Bilder, die zwischen der Norm und den schwersten Zuständen der Hypothyreosie, der Idiotie und der Taubstummheit schwanken; der Kropf gehört dazu, es gibt keinen Kretinismus außerhalb der Kropfgebiete. Das konstant Gemeinsame all der durch die endemische Noxe bedingten Schädlichkeiten ist aber nicht der Kropf, sondern die Schädigung des Nervensystems. Das Nervensystem hat einen starken Einfluß auf die Schilddrüse und erst auf dem Weg der Beeinflussung durch das Nervensystem kommt es zu den Veränderungen der Schilddrüse. Das Agens wirkt strumigen, wenn es einen erwachsenen, widerstandsfähigeren Körper trifft, es wirkt kretinogen, wenn es auf die Frucht oder das Kind in den frühesten Lebensaltern wirkt. Verf. glaubt auf Grund seiner Erfahrungen annehmen zu müssen, daß die Wassertheorie des Kropfes sich nicht werde halten können, weil 1. die Meinung, daß Kropf und Kretinismus an gewisse Gegenden ge-

bunden seien, sich als unrichtig erwiesen habe; sie sei dadurch veranlaßt worden, daß es sich um eine so exquisit chronische Infektionskrankheit handle, daß die Schwankungen erst in Jahrzehnten und Jahrhunderten ausgeprägt wurden; 2. seien Kropf und Kretinismus auch im Endemiegebiet durchaus nicht gleichmäßig auf alle Bewohner ausgebreitet, wie das die Wassertheorie verlangen lassen müsse, seien nicht an die Wassergemeinschaft gebunden, sondern an gewisse Häuser und Wohnungen, seien also eine Wohnungskrankheit, ähnlich der Tuberkulose. Daher komme es, daß der Kretinismus eine ausgeprochene Familienerkrankung sei; er sei aber nicht erblich; Kinder kretiner Mütter entwickeln sich z. B. normal, wenn sie nur in ein kropf- und kretinenfreies Nachbarhaus versetzt werden. Es spreche dies und viele älteren Beobachtungen dafür, daß die Erkrankung durch Kontakt übertragen würde. Als beweisend sieht Verf. die Resultate seiner Untersuchungen an den früher kretinös verseuchten Tostenhuben bei Vadans an, ferner der Untersuchungen in Tirol sowie Erfahrungen anderer Beobachter. Die genaueren Untersuchungen der Kropfquellen hätten meist gezeigt, daß mehr Sage als Wirklichkeit daran sei; die Kropfendemien seien nie an Wasser-, sondern an Wohnungsgemeinschaften gebunden gewesen, besonders die akuten. (Beispiele: ein vom Verf. beobachtetes, wo junge Hunde von einem kropfigen Dienstmädchen infiziert sein sollen; die bekannten Endemien in Fischteichen.) Die positiven Tierexperimente könnten sich sehr wohl so erklären lassen, daß die Tiere in den Endemiegegenden durch Kontakt infiziert wurden. Eine Parallele zu der vom Verf. angenommenen Ätiologie von Kropf und Kretinismus bietet die Chagaskrankheit, die durch den Stich einer Baumwanze, welche eine Trypanosomenart überträgt, verursacht wird. Aus all diesen Erfahrungen und Überlegungen schließt Verf., daß Kropf und Kretinismus eine Erkrankung sei, die an Wohnungsgemeinschaft gebunden sei und durch Kontakt, vielleicht auch durch einen Zwischenwirt übertragen werde; nicht an das Trinkwasser, sondern an die Kranken, die Hausgeräte, Betten, Kleider, Wäsche usw. sei die Schädlichkeit gebunden. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Buschan, G., Schilddrüsenbehandlung. Real-Encyclop. d. ges. Heilk. 4. Aufl. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg 1913 S. 174—197.

Zusammenfassende Abhandlung über die Anwendungsgebiete der Schilddrüsentherapie. In erster Linie ist das Myxödem zu nennen, bei dem die Erfolge zum größten Teil ausgezeichnet sind. Beim Kretinismus ist der Nutzen davon abhängig, ob eine Hypofunktion der Schilddrüse vorliegt oder nicht; ein Versuch mit kleinen Dosen ist in jedem Fall zu raten. Die Schilddrüsentherapie ist weiterhin indiziert bei der Hypothyreoïdie bénigne chronique oder dem Myxoedème fruste (Hertoghe), welche eventuell bei der Schwierigkeit, die die Deutung des wechselnden Krankheitsbildes macht, erst aus der Therapie diagnostiziert werden kann. Die einzelnen Züge der Hypothyreoidie werden besprochen; zur Erleichterung der Diagnose dient oft die Anamnese, die Struma, Basedow, neuroarthritische Diathese in der Familie angibt. Besondere Vorsicht in der Schilddrüsenverabreichung erfordern Patienten mit Instabilité thyreoïdienne, die wechselnd Zeichen des Hypo- und Hyperthyreoidismus aufweisen. Sodann werden die Erfolge, die bei den Erkrankungen der verschiedenen Systeme erzielt wurden, besprochen, und, soweit möglich, erklärt. In erster Linie ist es die Fettsucht, bei der gute Resultate erzielt wurden; die Abnahme des Körpergewichtes ist hauptsächlich auf die Verbrennung des Fettes durch erhöhte Sauerstoffaufnahme zurückzuführen; die Stickstoffausfuhr ist wenig vermehrt, stärker dagegen die Wasserausscheidung. Bei Kindern soll dagegen die Schilddrüse einen orexogenen Einfluß haben, und deshalb bei atreptischen Individuen mit Nutzen versucht worden sein. Die Erhöhung des Stoffwechsels bedingte die günstige Wirkung der Schilddrüsentherapie bei den unter dem Sammelnamen „neuro-arthritische Diathese" zusammengefaßten Erscheinungen (Migräne, chronischer Rheumatismus, Gicht, gewisse Hautkrankheiten, Asthma usw.). Einen gewissen Einfluß auf den Kalkstoffwechsel muß die Schilddrüse nach den Tierexperimenten haben; dem wird auch die manchmal be-

obachtete nützliche Wirkung bei Störungen des Knochenwachstums, verzögerter Konsolidation von Frakturen und Hämophilie zugeschrieben. Zahlreich sind die Versuche bei Kropf und Basedow; die Anschauungen darüber sind jetzt immer noch geteilt; in letzter Zeit wurde von französischer Seite wieder einer ganz vorsichtigen Schilddrüsentherapie bei Basedow das Wort geredet. Erfolge mit Schilddrüsenfütterung wurden weiterhin berichtet bei Krankheiten, deren Beziehungen zur Thyreoidea nicht ohne weiteres klar sind; es werden da aufgezählt: Obstipation, Kryptorchismus, skrofulöse Erscheinungen, periodischer Hydrarthros, Uterusmyome und -fibrome, Vomitus gravidarum, Milchmangel, Myopathie, Glykosurie, Syphilis, andere Infektionskrankheiten. In der letzten Rubrik finden sich einige sehr interessante Beobachtungen. Zum Schluß wird noch kurz referiert über die Anschauungen über das wirksame Prinzip der Schilddrüsenbehandlung, über die Anwendungsmethoden, die Präparate, das Verhalten der Patienten während der Kur und über den Thyreoidismus. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Morel, L., Les relations fonctionnelles entre le foie et les parathyroïdes. (Wechselbeziehungen zwischen Leber und Nebenschilddrüse.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. **74**, S. 28—30. 1913.

Die Beobachtungen, daß sich nach Parathyreoektomie des Hundes konstant Veränderungen in der Leber zeigen (Storel), weiter daß das klinische Bild nach Entfernung der Parathyreoiden ähnelt dem nach Leberexstirpation, sowie daß unter beiderlei Bedingungen Änderungen im Stickstoffwechsel bestehen, veranlaßten Morel zu therapeutischen Konsequenzen. Er will nämlich gefunden haben, daß die Folgeerscheinungen nach Exstirpation der Nebenschilddrüsen durch Verfütterung von Leberextrakten gemildert werden können. *Eppinger* (Wien).[M]

Werelius, Axel, Do the parathyroids functionate in intrauterine life? (Funktionieren die Parathyreoideae im intrauterinen Leben?) Surgery, gynecol. a. obstetr. **16**, S. 141—144. 1913.

Werelius kommt auf Grund von Tierversuchen zu dem Schluß, daß hochschwangere Hunde, denen die Schilddrüse mit samt den Nebenkörpern entfernt ist, rascher tetanisch zugrunde gehen als nicht schwangere Tiere. Die Nebenkörper der Jungen treten nicht kompensatorisch für die der Mutter ein und funktionieren möglicherweise im intrauterinen Leben überhaupt nicht. Das postoperative Leben der Tiere verlängert sich um so mehr, je früher an den schwangeren Tieren operiert wird. Die Resultate der Arbeit stützen die Nebenkörpertheorie der Eklampsie. *Gebele* (München).

Rosenberg, Eine Basedowkranke, die mit Epithelkörperchen behandelt worden ist. (Berl. med. Ges., 15. I. 1913.) Klin.-therap. Wochenschr. **20**, S. 180. 1913.

Ein 18jähriges Mädchen, das 2 Jahre zuvor einseitig strumektomiert war wegen Basedowkrankheit, verschlechterte sich postoperativ dauernd. Deshalb injizierte Vortr. Epithelkörperchenpräparate—jede Einspritzung gleich 0,1 frische Substanz—und erzielte durch 24 Injectionen wesentliche Besserung, ohne allerdings die Tachykardie beeinflussen zu können. *Ernst Schultze* (Berlin).

Oehler, Johannes, Über das histologische Bild der Basedowstruma in seinem Verhältnis zum klinischen Bilde der Basedowschen Krankheit. (Zugleich Beitrag zur Kasuistik der Tuberkulose der Basedowstruma.) (*Chirurg. Klin., Freiburg i. B.*) Bruns Beitr. zur klin. Chirurg. **83**, S. 156—172. 1913.

Verf. hat 22 Basedowstrumen aus der chirurgischen Klinik in Freiburg i. Br. genau histologisch untersucht und die Befunde mit den klinischen Beobachtungen genau verglichen. Er teilt die Fälle in vier Gruppen ein gemäß der Schwere des klinischen Bildes und Verlaufs; von der 1. Gruppe: sehr schwere, bis zur 4. Gruppe: leichte Fälle. Histologisch fand er in jedem Falle die nach A. Kocher für Basedow charakteristischen Veränderungen, nämlich: Verflüssigung und Verminderung des Kolloids, Vergrößerung und Vermehrung der Epithelzellen, lymphocytäre Anhäufungen. Die Veränderungen fand er sowohl in diffusen als in Knotenstrumen. Er macht darauf aufmerksam, daß die Quantität der histologisch charakteristischen Veränderungen

genau proportional mit dem Grade der Erkrankung geht. Art, Schwere und Dauer der Erkrankung, sowie das Verhalten der Schilddrüse vor der Basedowerkrankung sind zur Erklärung des Wechsels im histologischen Bilde herbeizuziehen. Die Spezifizität des histologischen Bildes für Basedow erkennt Verf. an, aber nur bezüglich Quantität und Progredienz der Veränderungen, vor allem derjenigen des Kolloids. Zusammenfassend sagt Oehler, daß er zu denselben Resultaten wie A. Kocher gekommen ist, dieser zitiert. Verf. hebt besonders hervor ein Präparat von Basedowstruma, in dem sich Miliartuberkel fanden, um so mehr als im zweiten, später gewonnenen Präparate derselben Patientin die Tuberkel zahlreicher waren. *Albert Kocher* (Bern).

Meyer, Adolf, The nature of metastatic tumors of the thyroid. (Die Natur der metastatischen Geschwülste der Schilddrüse.) Americ. journal of insan. **69**, S. 543—549. 1913.

Beschreibung eines 1897 sezierten Falles. Zu Lebzeiten hatte die Patientin eine mittelgroße Struma ohne die Symptome der malignen Entartung, einen Tumor am Schädel, an der rechten Hüfte, der zur Fraktur führte, Lymphdrüsentumoren am Hals, am Mediastinum und den retroperitonealen Drüsen. Der Kropf vergrößerte sich in den letzten Lebensmonaten, ohne infiltrierend zu wachsen. Die mikroskopische Untersuchung zeigt stellenweise „adenocarcinomatösen" Bau, sonst normale Schilddrüsenstruktur; letzteren Aufbau zeigte auch der Schädeltumor in der Hauptsache, während der Tumor an der Hüfte und die Drüsenpakete vorwiegend „adenocarcinomatöses" Strumagewebe aufwiesen. Versuche mit Jodreaktion an den Metastasen war negativ. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Savy, P., et G. Florence, Epithélioma ectodermique du corps thyroïde. (Cancroid der Schilddrüse.) Prov. méd. **26**, S. 77. 1913.

Genaue pathologisch-anatomische Mitteilung eines Falles von Cancroid der Schilddrüse mit Metastasen in fast sämtlichen inneren Organen: am meisten in Herz und Nieren. Mikroskopisch fanden sich große, den Malpighischen gleiche Pflaster-Epithelzellen mit deutlichen Schichtungsperlen, die Verhornung aufwiesen. *Ernst Schultze* (Berlin).

Brust.

Brustwand:

Powers, Charles A., Tuberculosis of the breast. (Tuberkulose der Brustdrüse.) Ann. of surg. **57**, S. 171—181. 1913.

Verf. verfügt über 4 eigene Fälle, von denen er 3 mit Amputation der Brust, Entfernung der Pectoralisfascie und Ausräumung der Achselhöhle geheilt hat. Die vierte Beobachtung betraf ein 15jähriges Mädchen, bei der aus kosmetischen Gründen statt der Ablatio nur die Resektion des erkrankten Quadranten vorgenommen wurde. Auch dieser Fall blieb bislang rezidivfrei. Pathologisch-anatomisch erscheint die Mammatuberkulose entweder in Form kleiner, halbdurchsichtiger Granulationsknötchen mit käsigem Zentrum (Zieglers akute Form) oder häufiger als ein oder mehrere harte Knoten, über denen bei oberflächlicher Lage die Haut verdickt und blaurot verfärbt ist. Auf dem Durchschnitt zeigen sich Knötchen von Hanfkorn- bis Erbsengröße mit verkäsendem Zentrum oder kleinen mit Serum oder Käse gefüllten Hohlräumen, die auch zu größeren Abscessen zusammenfließen, die Haut durchbrechen und zu charakteristischen tuberkulösen Fisteln führen können. Mikroskopisch findet sich wie bei jeder Tuberkulose Kernzerfall, Zellnekrose und Riesenzellenbildung sowie epithelioide Zellen. Aus den Bindegewebsumhüllungen der extraacinösen Milchgänge können Leukocyten in die Lumina einwandern und zusammen mit abgestoßenem Epithel die Gänge verstopfen und ausdehnen. Sehr häufig sind gleichzeitig mit der Mamma die Achseldrüsen erkrankt, und zwar können diese sekundär von der Brustdrüse aus infiziert oder aber primär erkrankt sein, während die Mamma von ihnen aus durch kontinuierliches Einwachsen der Tuberkelbacillen in dem gestauten Lymphstrom entgegen dessen normaler Richtung infiziert wird. Mammatuberkulose ist relativ selten, Schwangerschaft, Lactation, vorhergehende Erkrankungen begünstigen die Infektion, die auf dem Blut- oder Lymphwege oder durch die Milchgänge erfolgen kann. Diagnostisch sind Verwechslungen mit soliden oder cystischen Tumoren möglich. Die Prognose ist quoad vitam gut, die Drüse ist immer als verloren zu betrachten. Allgemeininfektion von der tuberkulösen Drüse aus ist nicht leicht zu befürchten. Stromberg und Kasogledow berichten noch von einer scirrhusähnlichen Form, die auch bei mikroskopischer Untersuchung von Probeexcisionen leicht mit Scirrhus verwechselt werden kann. Braendle berechnet in einer Statistik über 16 operierte Fälle aus der v. Brunsschen Klinik 92,75% Heilung ohne Rezidiv. Danach scheint die Tuberkulose der Mamma einen relativ gutartigen Charakter zu haben. Die klassische Behandlungsmethode ist die gänzliche Entfernung der Drüse samt Pectoralisfascie und Achseldrüsen. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Gaarenstroom, G. F., Paget's ziekte van den tepel. (Pagets Krankheit der Brustwarze.) Nederl. Tydschr. v. Geneeskunde **1**, S. 314—328. 1913.

An der Hand von 2 Fällen, klinisch und mikroskopisch untersucht, gibt Verf. seine Meinung über die verschiedenen Theorien von dieser ziemlich seltenen Krankheit.

Es handelte sich um zwei, über 40jährige Frauen, welche die typische Anamnese angaben: vor 2 resp. 4 Jahren etwas Jucken und Schmerzen mit Rötung an der Brustwarze, dann eine Erkrankung der Haut in der Umgebung, gefolgt von allmählichem Schwund der ganzen Brustwarze; dann Tumor der Mamma, der entfernt war. Die Untersuchung der Präparate ergab, daß die Geschwulst in jedem Fall ein solider Krebs war. Von dieser Geschwulst zur erkrankten Haut fand der Verf. nur einen direkten Zusammenhang durch die Milchgänge. Die typischen Zellen von Paget sind, nach der Meinung des Verf., durch Metaplasie geänderte Epidermiszellen. Der Anfang der Krankheit soll entweder in der Haut oder in den großen Ausführungsgängen zu finden sein; ob dann dieser Anfang schon Krebs ist, oder nur eine Krankheit, die zum Krebs führt, läßt Verf. dahingestellt. *van Delden* (Wien).

Bowers, L. G., A note upon a method for skin grafting the wound defect following removal of the breast for carcinoma. (Bemerkung über eine Methode der Hautverpflanzung auf Defekt nach Mammaamputationen wegen Carcinom.) Americ. journal of surg. **27**, S. 70. **1913.**

Kurze Schilderung des Verfahrens, das Verf. benützt, um nach Mammaamputationen zurückbleibende Defekte zu decken; er schneidet Wolf-Krausesche Lappen aus der Bauchhaut in der Umgebung des Nabels und transplantiert sie in den Defekt. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Speiseröhre:

Wurtz, M., Corps étranger de l'œsophage laissé sept semaines (oesophagotomie externe cervicale par voie médiane, guérison). (Fremdkörper der Speiseröhre, vor 7 Wochen verschluckt (mediane Ösophagotomie am Halse, Heilung.) Journal de méd. de Paris **33**, S. 120—122. 1913.

Dujon, Un cas de rétrécissement cicatriciel de l'oesophage. (Ein Fall von Narbenverengerung der Speiseröhre.) Arch. provinc. de chirurg. **22**, S. 14—16. 1913.

Heyrovsky, Hans, Kasuistik und Therapie der idiopathischen Dilatation der Speiseröhre. Oesophagogastroanastomose. (*II. chirurg. Univ.-Klin., Wien.*) Arch. f. klin. Chirurg. **100**, S. 703—715. 1913.

Die idiopathische Dilatation der Speiseröhre wird seit Einführung der Oesophagoskopie und der Röntgenuntersuchung häufiger erkannt. Nach experimentellen Befunden und klinischen Beobachtungen besteht ein gesteigerter Tonus des N. vagus durch reflektorische Reizung (Ulceration der Speiseröhre, des Magens, Oesophagitis, Divertikel der Speiseröhre usw.). Es gibt auch Fälle, in denen ein Spasmus der Cardia nicht vorhanden ist. Bei der Therapie müssen in jedem Fall die Ätiologie, das Stadium des Leidens und die anatomischen Verhältnisse berücksichtigt werden. In leichten Fällen entsprechende Diät, Spülungen der Speiseröhre und medikamentöse Behandlung; eventuell Sondenfütterung. In schweren Fällen retrograde Bougierung der Cardia (v. Mikulicz), oder Dehnung der Cardia vom Munde aus (Rosenhein). Bewährt hat sich für die Bougierbehandlung der Cardia die Geißler-Gottsteinsche Sonde. Dehnungsbehandlung ist gefährlich bei sekundären Ulcerationen oder ihren Folgen, Narben und Verwachsungen. Unausführbar ist sie bei Verlängerung und Schlingenbildung der Speiseröhre über dem Zwerchfell.

Verf. schaltet in einem solchen Falle die Cardia durch eine Anastomose zwischen dem Oesophagus und dem Fundus des Magens aus. Bei der 34jährigen Frau entstand nach der Nahrungsaufnahme unter intensiver Cyanose eine Schwellung der unteren Halspartie, worauf ein deutlicher Stridor erfolgte. Nach Aufstoßen von Luft war der Anfall vorüber. Als Voroperation wurde eine Gastrostomie ausgeführt. Die Cardia war bis Bleistiftdicke stenosiert. Das Peritoneum wurde am Hiatus rings um den Oesophagus eingeschnitten, der Oesophagus durch den Hiatus in die Bauchhöhle vorgezogen, so daß eine 6 cm lange Partie sichtbar war. Die Pleura diaphragmatica wurde nicht verletzt. Der linke Vagus kreuzte die Schlinge und wurde durchschnitten. Dichte zweireihige Knopfnaht. Deckung außerdem mit einer Serosafalte des Magens. Drainage des subphrenischen Raumes mit Drain und Gazestreifen. Seit der Operation jetzt 1½ Jahr beschwerdefrei. *Boit* (Königsberg).

Brustfell:

Bhagwât, S. R., Rupture of the pleura without fracture of ribs caused by a buffalo. (Ruptur der Pleura ohne Rippenbruch durch einen Büffel.) Brit. med. journal **2717,** S. 168. 1913.

Ein deutscher Jäger, der in dem Protektorat Uganda von einem Büffel angegriffen wurde, trug als Hauptverletzung eine Ruptur der Pleura im Intercostalraum zwischen 4. und 5. Rippe etwas nach außen von der Mamillarlinie davon. Bei jeder Expiration wölbte sich die Lunge zu der Größe einer großen Walnuß hervor. Ausgedehntes Emphysem der Brustwand. Der Patient erholte sich schnell. Nach 3 Wochen war der Riß in der Pleura fast geschlossen, nur bei forcierter Expiration noch eine kleine Hervorwölbung zu merken. Auf diese Stelle ein wohlangepaßter Polsterkissenverband. *Hirschmann* (Berlin).

Lungen:

Morestin, H., Plaie de poitrine par coup de feu. Blessure du poumon. Blessure probable du cœur. Guérison spontanée. (Von selbst geheilter Brustschuß mit Lungen- und wahrscheinlicher Herzverletzung.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 278—283. 1913.

Einem 25jährigen durchsetzte eine aus nächster Nähe abgeschossene Revolverkugel vom Kaliber 5—6 mm die Brust. Der Einschuß lag vorn links neben der Brustwarze; die Kugel war hinten links neben der Wirblesäule zu fühlen. Nach Leichenversuchen mußte das linke Herz durchbohrt sein. Dafür und für Durchbohrung der Lunge sprachen die klinischen Zeichen. Sie waren aber nicht beängstigend. Es wurde daher abgewartet. Am 10. Tage stand der Kranke auf; am 28. Tage ging er zur Arbeit. Es ist also nicht angebracht, auf den einfachen Verdacht einer Herzverletzung hin sofort zu operieren. Entscheidend sind die mehr oder weniger bedrohlichen klinischen Erscheinungen. *Georg Schmidt* (Berlin).

Bensaude, R., et E. Emery, Syphilome intrathoracique (probablement bronchopulmonaire) simulant un cancer du médiastin. Retour à la santé depuis près de deux ans. Examen radiologique avant et après le traitement par l'hectine et le salvarsan. (Intrathorakales [wahrscheinlich bronchopulmonales] Syphilom, ähnlich einem Mediastinalcarcinom. Seit 2 Jahren Heilung, Röntgenuntersuchung vor und nach der Behandlung mit Hektin und Salvarsan.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris **35,** S. 137—152. 1913.

Ein 48 Jahre alter Mann erkrankte mit Dyspnöe, anfallsweise auftretenden oft stundenlang anhaltenden Hustenanfällen, anfangs ohne, später mit purulentem Auswurf. Das Röntgenbild ergibt dreieckigen Schatten im untern Teil der rechten Lunge, in den Hilusschatten übergehend. Zahlreiche Untersucher nahmen einen Mediastinaltumor, resp. einen Lungenkrebs an. Infolge eines Gummas im Rachen wurde nach erfolgreicher Quecksilberbehandlung eine Salvarsaninjektion gemacht, überraschenderweise verschwanden jetzt auch die Lungensymptome; der Schatten auf der Röntgenplatte war später nicht mehr nachzuweisen. *Ströbel* (Erlangen).

Kellock, Thomas H., A case of pneumonotomy for foreign body. (Ein Fall von Pneumotomie wegen eines Fremdkörpers.) Proceed. of the roy. soc. of med., Clin. sect. **6,** S. 64—67. 1913.

Ein 4½jähriger Junge hatte eine ca. 2 cm lange Stecknadel aspiriert. Das 4 Tage später aufgenommene Röntgenbild zeigte die Nadel in Höhe der 3. rechten Rippe, offenbar im rechten Bronchus. Die Extraktion durch das Bronchoskop mißlang, ebenso ein dreimaliger Versuch mittels des von einer tiefen Tracheotomie aus eingeführten Bronchoskops. Ein ca. am 20. Tage aufgenommenes Röntgenbild ergab, daß die Nadel tiefer getreten war. Ein neuer Versuch von der Tracheotomiewunde aus vor dem Röntgenschirm die Nadel zu entfernen, hatte wieder keinen Erfolg. Ein Monat nach dem Unfall wurde zur Thorakotomie geschritten. Viereckiger 4 Rippen umfassender Lappen mit Basis an der Wirbelsäule. Nur vereinzelte feine Adhäsionen. Incision an der Unterfläche des Unterlappens auf einen harten durchgefühlten Körper, der sich als die Nadel erwies. Kleines Drain nach der Lungenwunde, die teilweise vernäht wurde. Zurückklappen des Knochenweichteillappens. Nach anfänglichem Fieber ungestörter Heilungsverlauf, der später nur durch eine kleine Nekrose von Rippenenden unterbrochen wurde.

Kellock empfiehlt frühzeitige Thorakotomie und Pneumotomie in jenen Fällen, in denen es nicht gelingt, per vias naturales einen aspirischen Fremdkörper zu entfernen, um Lungeneiterungen und Empyeme zu verhindern. *Schumacher* (Zürich).

Lenzmann, Hatte eine Quetschung des Brustkorbs ein bestehendes tuberkulöses Lungenleiden verschlimmert? Med. Klin. **9,** S. 308—309. 1913.

Ein vorher schon 2mal in Heilstätten behandelter Tuberkulöser (beide Lungenspitzen)

erleidet eine Quetschung der linken Brustseite (vorn, unten) mit Rippenbruch und infolge desselben starker Lungenblutung. In Krankenhausbehandlung Ausheilung der Verletzung ohne daß in dieser Zeit eine Verschlimmerung des alten Lungenleidens, und ohne daß Verwachsungen an der Verletzungsstelle eingetreten wären. Das Gutachten, dem auch das Reichsversicherungsamt beitrat, schloß deshalb einen ursächlichen Zusammenhang des Traumas mit einer späteren Verschlimmerung des Lungenleidens aus. *Wittek* (Graz).

Alvarez, C., Un caso de tuberculosis tratado quirúrgicamente. (Ein Fall von chirurgisch behandelter Lungentuberkulose.) (Real academia de medicina de Madrid.) Sitzung vom 1. Januar 1913. Revista médica de Sevilla **60**, S. 91—93. 1913. (Spanisch.)

Die Methode des Verf. beruht auf den durch die Lähmung des Sympathicus hervorgerufenen physiologischen Veränderungen in der Lunge. Alvarez nimmt an, daß durch die Lähmung der Vasoconstrictoren eine bedeutende Erweiterung des Gefäßsystems hervorgerufen wird, deren klinischer Ausdruck ein Stärkerwerden der Dämpfung ist, und durch die man günstige Heilungsbedingungen schafft. Die Lähmung der sensiblen Fasern bewirkt Verminderung des Hustens und die der sekretorischen Aufhören der Expectoration. Worin der operative Eingriff besteht, wird nicht angegeben. Ein vom Verf. behandelter Pat. besserte sich bedeutend. *Lazarraga* (Marburg).

Hamman, Louis, and Martin F. Sloan, Induced pneumothorax in the treatment of pulmonary disease. (Der künstliche Pneumothorax als Behandlungsmittel bei Lungenerkrankung.) Bull. of the Johns Hopkins hosp. **24**, S. 53 bis 62. 1913.

Kurze historische Einleitung.

Bedingung für gute Resultate ist kritische Auswahl der geeigneten Fälle. Als solche sind besonders Spitzenprozesse und mäßig vorgeschrittene einseitige Erkrankungen anzusehen, obwohl sich meist nur die schweren Fälle operieren ließen. Kritische Besprechung der einzelnen Methoden ergibt, daß alle Autoren mit manometrischer Druckmessung arbeiten. Forlanini und Murphy operieren ohne Anästhesie mit feiner Hohlnadel oder Trokar (ersterer von einer Stichincision der Haut aus) und perforieren langsam und vorsichtig vorgehend die Pleura. Die erste Füllung beträgt nicht mehr als 200—300 ccm Stickstoff, später werden kleine Mengen nachgefüllt bis der Pneumothorax komplett ist. Brauer hingegen legt unter Cocainanästhesie eine 5—7 cm lange Incision (5. oder 6. Intercostalraum, Axillarlinie) durch Haut, Fascie und Muskulatur an, führt nach Inspektion der Pleura eine stumpfe gefensterte Kanüle in diese ein und läßt 500—1000 ccm Gas einfließen, um die Nachfüllungen leichter zu gestalten, die dann ebenfalls mit einer einfachen Punktionsnadel gemacht werden. Seine Methode ist umständlicher und läßt sich bei Unwegsamkeit durch pleurale Verwachsungen nicht so leicht an anderen Stellen wiederholen. Allgemeine Gefahren sind: 1. Infektion, von der Lunge aus durch Verletzung mit der Nadel, durch Spontanruptur oder Zerreißung infolge von Adhäsionen; bei strenger Asepsis wird die operative Infektion selten sein. 2. Gasembolie; diese ist weitaus gefährlicher und hat öfters Todesfälle zur Folge gehabt. Auffallend ist übrigens, daß der letale Ausgang sich vorwiegend bei Nachfüllungen ereignet hat, woraus die Verff. schließen, daß Brauers Methode keine größere Sicherheit in dieser Beziehung bietet.

Sie selber üben eine sehr eingehend beschriebene Technik der Insufflation, die im Original einzusehen ist. Hervorzuheben wäre: trockene Sterilisierung des aus mehreren mit Gummirohr verbundenen Flaschen bestehenden Stickstoffapparates. Das Gas wird mit Sublimatlösung gewaschen. Lokalanästhesie, Stichincision, Vorgehen mit feiner stumpfer Nadel. Größten Wert hat die Beachtung der manometrischen Druckverhältnisse zur Feststellung, ob sich die Nadel in der Pleura, Lunge oder in Adhäsionen befindet. Letztere werden eingehend besprochen, sie sind die gewöhnliche Ursache von Mißerfolgen, und ihre Dehnung ist entschieden gefährlich (tiefes und subdiaphragmatisches Emphysem, Embolie). Erste Dosis 500—800 ccm außer bei größeren Schmerzen. Neben der Perkussion gaben stereoskopische Röntgenaufnahmen ausgezeichnet Aufschluß über die Lage von Lunge und Pneumothorax. Die Nachfüllungen finden anfangs jeden 2. bis 3. Tag, später, wenn der Kollaps der Lunge komplett ist, einmal in der Woche und schließlich bei abnehmender Absorptionsfähigkeit der Pleura in mehrwöchentlichen Intervallen statt. Der Pneumothorax kann 1 Jahr und länger unterhalten werden.

Unter den pathologisch-anatomischen Befunden an der collabierten Lunge ist die Bindegewebsneubildung der hervorstechendste; frische tuberkulöse Herde finden sich nie. Das Epithel verändert sich meist kubisch, die Lymphbahnen werden erweitert, die Blutmenge nimmt ab. Manchmal wird Hypertrophie des rechten Herzens beobachtet. Ganz auffallend sind die klinischen Symptome. Unter Hebung des Allgemeinbefindens — obwohl meist anfangs Gewichtsabnahme sich zeigt — und Temperaturabfall nehmen Husten und Auswurf ab, der Bacillengehalt schwindet. Lungenblutungen werden besonders günstig beeinflußt. Schlußfolgernd betonen die Verff.: der künstliche Pneumothorax ist bei einwandfreier Technik so gut wie gefahrlos, doch können ihn pleurale Adhäsionen öfters vereiteln. Er wird nie die gewöhnliche Behandlungsmethode sein, verdient aber Anwendung dort, wo die anderen Methoden versagen. Bemerkenswert sind die geringen subjektiven Beschwerden, die ein kompletter Pneumothorax macht, wenn die andere Lunge funktionsfähig ist. Ruhende Prozesse einer Lunge mit akuten Nachschüben der anderen Seite stellen die günstigsten Fälle dar, doch soll man auch von den doppelseitigen Erkrankungen nur die hoffnungslosen ausschließen. *Fieber* (Wien.)

Sorgo, Josef, Über Behandlung mit künstlichem Pneumothorax. Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 691—698. 1913.

Sorgo berichtet über seine Erfahrungen bei der Behandlung der Lungentuberkulose mit künstlichem Pneumothorax bei 50 Fällen. Er teilt sein Material in verschiedene Beobachtungsgruppen ein, deren wesentlichste sind: 1. Die leichteren Fälle, bei denen die Möglichkeit einer Spontanausheilung vorliegt, 2. die schweren Fälle, welche bei anderer Therapie als verloren gelten müssen. Bei den leichteren prognostisch günstigeren Fällen ist es eine selbstverständliche Forderung, jede in der Hand des Arztes liegende Schädigung zu vermeiden. Eine solche Schädigung kann eintreten bei einer auch nur leichten Erkrankung der anderen Lunge mit progressiver Tendenz. Er pflichtet der Ansicht anderer Autoren nicht bei, daß der Pneumothorax die Heilungstendenz tuberkulöser Herde der anderen Lunge fördere, und hat daher an dem Zustand der anderen Lunge bei der Auswahl dieser prognostisch günstigeren Fälle den strengsten Maßstab gelegt. Um den Charakter einer eventuellen geringfügigen Affektion der anderen Lunge kennen zu lernen, empfiehlt er, der Kompressionstherapie eine Heilstättenbehandlung vorauszuschicken. — Bei der zweiten Gruppe der schweren hoffnungslosen Fälle ist die Indikation bezüglich der Beschaffenheit der anderen Lunge weiter zu stellen, sofern noch die Möglichkeit einer günstigen Beeinflussung des Leidens durch die N-Therapie überhaupt besteht. Man kann zunächst den Pneumothorax probatorisch anlegen und seine Wirkung beobachten. Im allgemeinen war die Wirkung der Behandlung bei dem mitgeteilten Krankenmaterial durchaus günstig.

Heller (Leipzig).

Rénon, Louis, Valeur théorique et valeur pratique du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Theoretischer und praktischer Wert des künstlichen Pneumothorax in der Behandlung der Lungentuberkulose.) Scalpel et Liège méd. **65,** S. 556—559. 1913.

Die Pneumothoraxtherapie ist theoretisch aufs beste begründet; leider ist ihr praktischer Wert nach Ansicht des Autors sehr eingeschränkt. Am meisten verhindern Pleuraverwachsungen, deren Ausdehnung vorher klinisch nie sicher bestimmt werden kann, das Anlegen eines Pneumothorax. Ferner lassen sich Lungen mit kompakten Käsemassen nicht oder ungenügend komprimieren. Die Zahl der zur Pneumothoraxtherapie sich eignenden Fälle wird vor allem auch durch beidseitige Affektion stark herabgesetzt. Dies gilt hauptsächlich bei den Patienten der allgemeinen Krankenhäuser. Die Erfahrungen des Autors (am Spital Hecker, Paris) decken sich in dieser Beziehung mit denen L. Bernards, der unter 532 Spitalpatienten nur 13 geeignete Fälle fand. — Die Pneumothoraxtherapie sollte nur im Spital oder Sanatorium angewandt

werden. — Auch mit Früh- und Spätkomplikationen ist zu rechnen (Gasembolie, Pleuraergüsse, Herzstörungen, Verschlimmerung des Prozesses auf der anderen Lunge usw. — Die Fernresultate der Methode sind noch zu gering an Zahl, um ein Urteil zu fällen. Besser steht es um die Immediaterfolge: Herabgehen der Temperatur, Aufhören der Hämoptoeen, Verminderung, ja Aufhören des Auswurfes. „Zeit gewinnen, einige Wochen, einige Monate, ja vielleicht einige Jahre gewinnen, das ist jetzt noch das wirkliche praktische Ziel der Pneumothoraxtherapie.“ *Schumacher* (Zürich).

Hymans van den Bergh, A. A., R. de Josselin de Jong und H. Schut, Einige Erfahrungen mit künstlichem Pneumothorax. Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. **26**, S. 47—69. 1913.

Unter 13 Fällen, deren Krankengeschichten mitgeteilt sind, wurden im allgemeinen nicht gleich günstige Resultate erzielt, wie sie von anderen Autoren berichtet werden. Bei 7 Fällen entwickelten sich pleuritische Exsudate, ohne daß eine günstige Wirkung auf das Grundleiden, wie es Spengler und Forlanini annehmen, zu erkennen war. Verff. befürworten eine frühzeitigere Entleerung der pleuritischen Exsudate, als dies sonst empfohlen wird. Bei 2 Fällen, deren Sektionsbefund und pathologisch-anatomische Untersuchung im Detail beschrieben ist, konnten sie eine schnelle Ausbreitung des Krankheitsprozesses in der Lunge der nicht behandelten Seite nach Anlegung des Pneumothorax als Ursache des ungünstigen Ausganges feststellen. Sie glauben dies in folgender Weise erklären zu können. Die Lunge der nicht komprimierten Seite dehnt sich nach Anlegung der Pneumothorax aus, und zwar am stärksten in den peripheren und unteren Abschnitten, weniger stark in den zentralen Abschnitten wegen der Ansaugung des Mediastinums nach der gesunden Seite und den oberen Lungenteilen. Dadurch kann ein Rückströmen der Lymphe in die peripheren Lungenteile aus den zentralen und oberen zustande kommen. Bergen letztere nun tuberkulöse Herde — und eine streng einseitige Lungentuberkulose gibt es nicht — so kann auf diese Weise eine Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses in der sogenannten gesunden Lunge entstehen. Verff. können nach ihren Beobachtungen die Ansicht Forlaninis nicht teilen, daß leichte tuberkulöse Affektionen der anderen Seite durch den Pneumothorax günstig beeinflußt werden und wollen die Methode daher auf die Fälle beschränkt wissen, wo bei schwerer überwiegend einseitiger Erkrankung eine Heilung auf konservativem Wege nicht möglich ist.

Heller (Leipzig.)

Aron, E., Zur Pneumothorax-Therapie. Berl. klin. Wochenschr. **50**, S. 305 bis 307. 1913.

Auf Grund experimenteller Beobachtungen empfiehlt Verf. die Pneumothoraxtherapie auf einseitige progrediente Fälle von Lungentuberkulose, die jeder anderen Therapie getrotzt haben, zu beschränken. Bei doppelseitiger Erkrankung ist die einseitige Kollapstherapie kontraindiziert. Bei der N-Insufflation ist das Manometer, dessen Benutzung die Therapie nicht kompliziert, zur Vermeidung von Gefahren unentbehrlich, einerseits um festzustellen, ob die Hohlnadel wirklich in der Pleurahöhle ist, andererseits zur Kontrolle des jeweiligen intrapleuralen Druckes; dieser kann unter gleichzeitiger Kontrolle des Blutdruckes, der Atmung und des Allgemeinbefindens allmählich gesteigert werden; sobald er sich der Nulllinie nähert, ist besondere Vorsicht erforderlich. Die Grenze der N-Insufflation bestimmt in jedem einzelnen Falle der Kräftezustand des Herzens und das Allgemeinbefinden. Von vornherein die erkrankte Lunge absolut stillzustellen, ist gefährlich. (3 mit Glycerinmanometer angefertigte Kurven des intrapleuralen Druckes bei einem Phthisiker vor und nach N-Einblasung). *Blezinger* (Stuttgart).

Rubaschoff, S., Die chirurgische Behandlung des Lungenemphysems im Zusammenhang mit der Pathogenese dieser Erkrankung. (*Chirurgische Universitäts-*

klinik des Prof. Martynoff in Moskau). Inauguraldissertation Moskau, 292 S. und 12 Tafeln. 1913. (Russisch.)

Der Verf. hat in seiner sehr ausführlichen Arbeit den Versuch gemacht zwei Fragen zu beantworten: In erster Linie die Ursachen der Thoraxdilatation beim Emphysem im Zusammenhang mit der Pathogenese der letzteren und zweitens die Frage des chirurgischen Wertes der Freundschen Operation, welche in Rußland zuerst von Martynoff ausgeführt worden ist. Zur Klärung dieser Fragen hat der Verf. genaue Untersuchungen der Rippenknorpel ausgeführt und zwar mit Hilfe von Röntgenstrahlen und im weiteren mittels mikroskopischer Beobachtungen. Durch Röntgenstrahlen wurden vor allem die Ossifikationspunkte in den Rippen festgestellt. Zu diesem Zweck wurden bei Sektionen die Rippen mit den Knorpeln und dem Sternum entfernt und sofort mittels weicher Röhren Röntgenaufnahmen angefertigt.

Verf. verfügt über ein Material von 330 Knorpelpräparaten, welches nach Altersklassen geordnet angeführt ist. In das zweite Lebensjahrzehnt gehörten 25 Fälle, ins 3. Dezennium 51, ins 4. 53, ins 5. 76, ins 6. 64, ins 7. 60 Fälle. Kurz zusammengefaßt läßt sich folgendes aus den Untersuchungen schließen: Mit dem zunehmenden Alter verknöchern die Rippenknorpel, was als normale Verbeinung aufzufassen ist. Schon zum Ende des 2. Lebensjahrzehntes treten Verknöcherungen in den sternalen Abschnitten der Knorpel auf. Im 3. treten Ossifikationen der Grenzzone und in einem kleinen Prozentsatz der Fälle in der Peripherie und im Zentrum auf. In den beiden letztgenannten Lokalisationspunkten nehmen die Verknöcherungen mit dem Alter zu und erscheinen als Typus der senilen Veränderungen. Die Knorpel des Weibes werden von diesen Erscheinungen weniger affiziert und ergreifen sämtliche Rippenknorpel bis zum 7. einschließlich. Im allgemeinen finden sich unter dem Material des Verf. wesentlich mehr weibliche Rippenknorpel ohne Spur von Verknöcherung, es fehlen die Fälle vollständiger Verknöcherung und sind die Fälle weit fortgeschrittener Ossifikation wesentlich seltener zu finden. Nach dem 50. Lebensjahr konnte kein einziger normaler Knorpel gefunden werden. Mikroskopisch konnte im Knorpel nachgewiesen werden, daß die peripheren und zentralen Ossifikationen des Knorpels mit der Knochensubstanz der zugehörigen Rippe in Verbindung standen. Beim Vergleich der Knorpel Emphysematischer und Nichtemphysematischer läßt sich im „Zerfaserungsprozeß" absolut kein Unterschied feststellen. Ferner ließen sich auch in den Fällen, in welchen eine ganz besondere Länge der Knorpel bestand, keinerlei Unterschiede nachweisen. Eine nicht geringe Bedeutung wurde früher der Zerfaserungsrichtung zugesprochen: In den Fällen, in welchen der Ossifikationsherd senkrecht zur Längsachse des Knorpels gelegen ist, muß eine Verbreiterung des Knorpels erwartet werden. Zur Verlängerung neigen solche Knorpel, welche Ossifikationsherde besitzen, deren Achse mit der Längsachse des Knorpels zusammenfällt. Diese Behauptungen früherer Autoren werden vom Verf. geleugnet, welcher an seinen histologischen Präparaten nichts derartiges beobachten konnte und infolgedessen einen Zusammenhang zwischen der „Zerfaserung" und dem Knorpellängenwachstum ablehnt. Häufig wurden Höhlenbildungen im Knorpel beobachtet, in einigen Fällen bis zu 3 mm Umfang. Diese Höhlen, die als Folgezustände einer Nekrose aufgefaßt werden, lagen meist in der Randzone. Häufig konnte Gefäßbildung in diesen Hohlräumen festgestellt werden. Ein Zusammenhang der letzteren mit den Zerfaserungsvorgängen scheint nicht zu bestehn. Das Auftreten der Hohlräume fällt in das 3. und 4. Lebensjahrzehnt und wird ein Zusammenhang zwischen Emphysem und Hohlräumen, wie es von Freund angenommen wird, vom Verf. nicht zugegeben. Im weiteren tritt der Verf. der Frage des Zusammenhanges zwischen Emphysem und Knorpelveränderungen näher. Unter dem Material des Verf. finden wir keinen einzigen Fall von Emphysem bis zum 20. Lebensjahr. Im 3. Dezennium finden wir auf 51 Fälle sechsmal ein Emphysem verzeichnet (davon 2 vikarierende), im 4. Dezennium auf 53 Fälle 14 Emphyseme (davon 3 vikarierende), im 5. Dezennium auf 76 Fälle 40 Emphyseme (davon 8 vikarierende), im 6. Dezennium auf 64 Fälle 42 Emphyseme (davon 7 vikarierende). Im 7. Dezennium auf 60 Fälle 33 Emphyseme (davon 2 vikarierende). Verf. konnte bei Emphysematikern vielfach Knorpelveränderungen konstatieren, häufig jedoch fehlten jegliche Veränderungen. Von 114 Emphysematikern zeigten 24 keinerlei Ossifikationserscheinungen (mitgezählt sind hier auch die Fälle, in welchen nur sternale Ablagerungen konstatiert werden konnten). Hieraus folgt der einwandsfreie Schluß, daß Emphyseme auch ohne Knorpelveränderungen zustande kommen können. Es können ferner schwere Veränderungen in den Rippenknorpeln auftreten, ohne daß ein Emphysem die Folge ist. Besonders zentrale und periphere Ablagerungen brauchen kein Emphysem nach sich zu ziehen. Andrerseits kann ein relativer Zusammenhang zwischen Knorpelveränderungen und Emphysem nicht geleugnet werden. Das Emphysem nimmt mit dem Alter zu, und zwar parallel mit der Zunahme der Knorpelveränderungen. Der Verf. spricht auf

Grund seiner histologischen Untersuchungen den Knorpelveränderungen eine spezifische Bedeutung hinsichtlich des Emphysems ab und bezeichnet dieselben als gewöhnliche Alterserscheinungen. Hiermit wird der Kernpunkt der Freundschen Theorie abgelehnt. Nach Ansicht des Verf. entbehrt auf Grund seines Materials auch die Verlängerung der Rippen bei Emphysem der beweiskräftigen Begründung. Die Rippenknorpel haben die Tendenz, den Thorax zu erweitern, dieser Erscheinung wirkt die Elastizitätskraft der Lunge entgegen. Wenn die letztere abnimmt, so tritt eine Thoraxdilatation auf. Diese Erscheinungen werden beim Emphysem beobachtet. Um nun diese Theorie zu beweisen, hat Rubaschoff 39 Experimente an Hunden ausgeführt. (Nach Tötung des Versuchstieres Befestigung einer „Luftpelotte" in der Höhe der 4.—6. Rippe. Eröffnung der Pleura. Registrierung der Dilatation mittels der Mareyschen Trommel.) Am deutlichsten trat die Dilatation bei unmittelbar vor dem Versuch getöteten Hunden auf, erklärbar durch den Elastizitätsverlust der Lunge. Um die Rolle der Rippenknorpel zu erklären, wurden sie registriert und die Prüfung auf Thoraxdilatation wiederholt. Meistens wurde trotzdem eine Dilatation vom Thoracograph verzeichnet. Daraus folgt, daß die Knorpel nicht allein als Triebkraft der Dilatation anzusehen sind.

Im klinischen Teil der Monographie sind 79 Fälle kritisch verarbeitet, darunter 6 Fälle aus der russischen Literatur. Der Verf. spricht der Operation einen chirurgischen Wert zu und bespricht Indikationen und Kontraindikationen. Um den Mechanismus der günstigen Beeinflussung des Emphysems durch die Knorpelresektion, — die unleugbar besteht, — zu klären, hat der Verf. 70 Experimente am lebenden Versuchstier (Hund) vorgenommen. Beobachtet wurden hierbei die Beeinflussung der Zwerchfellbewegungen, der intrapleurale Druck, der arterielle und venöse Blutdruck und endlich der intratracheale Druck. Der Verf. ist sich wohl bewußt, daß nicht ohne weiteres eine absolute Parallele zwischen dem gesunden Tierorganismus und dem Emphysematiker gezogen werden darf. Die Tierversuche, welche eine Annäherung an den kranken menschlichen Organismus bezweckten, sind leider gescheitert. Die Ergebnisse dieser großen Versuchsreihe waren folgende: Weder der arterielle noch venöse Blutdruck wurden durch die Knorpelresektion beeinflußt. Der intratracheale Druck blieb unverändert. Der intrapleurale Druck (21 Versuche) wurde fraglos größer. Der Verf. schließt sich in der Erklärung dieser Erscheinung der Meinung Friedrichs an. Das Hauptaugenmerk war auf das Diaphragma gerichtet (36 Versuche). Das Diaphragma trat tiefer und die Exkursionen wurden größer. In einer zweiten Versuchsreihe (43 Experimente) sind der Umfang des Thorax und die Exkursionen der Brustwände berücksichtigt. Bei Resektion einer Rippe senkt sich dieselbe in die Richtung nach unten und medianwärts. Bei der Resektion mehrerer Rippen nimmt die Amplitude der Thoraxexkursionen ab. Der Umfang des Thorax nimmt ab. Versuche an alten Hunden mit verknöcherten Rippenknorpeln ergaben, daß der Thoraxumfang sich wesentlich weniger nach der Resektion verkleinerte. Als unbedingte Indikation zur Freundschen Operation dient das Vorhandensein des starr dilatierten Thorax, — bei gewöhnlichem Emphysem ohne diese Begleiterscheinung ist konservative Therapie am Platz. Kontraindiziert ist sie bei dilatiertem aber nicht fixiertem Thorax und zu weit fortgeschrittenem Erkrankungsprozeß. Relative Kontraindikationen bilden eitrige Bronchitis, Bronchiektasien mit starkem Auswurf, Lungentuberkulose, Asthma, Herzfehler, starke Arteriosklerose und zu hohes Alter. Die Operation ist in lokaler Anästhesie auszuführen. Zu empfehlen ist die einseitige Resektion von 4 Rippenknorpeln in einer Ausdehnung von 3—4 cm. Das Perichondrium braucht nicht mit entfernt zu werden. Um eine Regeneration des Knorpels zu verhindern, ist das hintere Blatt des Perichondriums zu kauterisieren und ein Lappen des M. pectoralis major zwischen die resezierten Abschnitte zu interponieren. Den Schluß bildet ein Literaturverzeichnis auf 21 Seiten und 12 Tafeln mit Mikrophotogrammen und Röntgenaufnahmen. *Hesse* (St. Petersburg).

Herzbeutel, Herz:

Fowelin, Harald, Ein Fall von Stichverletzung des Perikards und der rechten Pleura. (*2. Stadtkrankenh., Riga.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **83**, S. 62—66. 1913.

Bei einem Selbstmordversuch mittelst eines Schustermessers beigebrachte Stichverletzung der Brust. Bei der sofort nach dem Unfall erfolgten Einlieferung in das Krankenhaus bestan-

den die Zeichen eines hochgradigen rechtsseitigen Pneumothorax. Die Operation ergab, daß das Messer den Processus ensiformis an seiner Basis vom Brustbein abgetrennt und den Herzbeutel sowie die rechte Pleura eröffnet hatte. Herzbeutel sowie Pleurawunde wurden durch je vier Seidenknopfnähte vollständig geschlossen. Die Operation wurde ohne Anwendung des Druckdifferenzverfahrens ausgeführt. Ausgang in Heilung. Verf. rät bei derartigen Fällen von Pleura-Perikardverletzung, wo im Herzbeutel und in der Pleurahöhle eine stärkere Blutansammlung nicht besteht, vielmehr die Erscheinungen eines hochgradigen Pneumothorax in den Vordergrund treten, zur vollständigen Naht von Pleura und Perikard mit oberflächlicher Drainage. *Haecker* (Königsberg i. Pr.)

Bauch und Becken:

Allgemeines:

Delétrez, Considérations générales sur la technique opératoire abdominale suivie dans notre service. (Grundzüge der abdominalen Operationstechnik in der Klinik Delétrez.) Ann. de l'inst. chirurg. de Bruxelles **20**, S. 2—32. 1913.

Am Vorabend des Eingriffes Seifenbad, Alkoholwaschung und Jodstrich des Abdomens; Händedesinfektion des Operateurs und des auf eine Person beschränkten Assistenten nach Fürbringer. Es wird Jodcatgut benutzt; zur Vorbereitung des Operationsfeldes nochmals Jodstrich. Narkose mit Chloroform durch besonders eingearbeiteten Assistenten mit einfacher Gazemaske. Lokale Anästhesie wird nicht angewandt. Hauptaugenmerk wird auf sorgfältige Blutstillung und gute Peritonealisierung etwaiger Defekte im Bauchraum gerichtet. Drainiert wird nur bei eitriger Appendicitis, bei eitrigen Ergüssen ins kleine Becken oder wenn die Blutstillung nicht ganz zuverlässig war. Beim Platzen einer Ouvialcyste oder sonstigem Erguß ins Abdomen wird trocken getupft, dann das Abdomen geschlossen. Drainage erfolgt aus dem untersten Wundwinkel, Mikuliczscher Tampon wird verworfen, eine Spülung der Bauchhöhle erfolgt nie. Das Abdomen wird in Etagen mit Catgut geschlossen. Verf. wendet sich gegen das allzufrühe Aufstehen nach Laparotomien, durchschnittlich am 10.—12. Tage verlassen Patienten das Bett. Die Operationserfolge sind gut. Statistik. *Brewitt* (Lübeck).

Daniel, Peter, Septic infection versus chronic intestinal stasis, the legality of ileo-colostomy for arthritis. (Septische Infektion gegen chronische Darmstase, Zulässigkeit der Ileokolostomie bei Arthritis.) Clin. journal **41**, S. 305—314. 1913.

Verf. bemüht sich, die Laneschen Anschauungen über das Wesen der sog. Darmstase zu widerlegen und gibt zugleich eine Darstellung seiner eigenen Theorie. Während es bei diesem Krankheitsbilde nach Lane zunächst durch Verlagerung des Dickdarms zur Verzerrung der Haftbänder einzelner Dickdarmabschnitte, dadurch auf rein mechanischem Wege zur Darmstase und durch Resorption abnormer, von Lane nicht näher definierter, toxischer Produkte zur Autointoxikation mit ihren verschiedenen Folgeerscheinungen, u. a. Gelenkerkrankungen rheumatoider und tuberkulöser Natur, kommt, handelt es sich nach Daniels Theorie primär um eine bakterielle Infektion des Darms. Die aus den Nebenhöhlen der Nase, dem Pharynx usw. stammenden Bakterien können auf ihrer Wanderung durch den Darmkanal, wenn zahlreich und virulent genug, die Darmschleimhaut schädigen, in die tieferen Darmwandschichten eindringen und schließlich den ganzen Organismus für anderweitige Erkrankungen, besonders Infektionen zugänglich machen; so kommt das Bild der Laneschen Darmstase zustande. Die Behandlung hat demnach nicht, wie Lane will, in der Ileokolostomie, sondern in Beseitigung der entzündlichen Schleimhauterkrankungen zu bestehen. *Wehl* (Celle).

Schricker, Hans, Der derzeitige Stand der Hormonaltherapie. (*Städt. Krankenh. Mühlheim a. Rh.*) Klin.-therap. Wochenschr. **20**, S. 198—205. 1913.

Das Hormonal scheint infolge seiner den Blutdruck herabsetzenden Nebenwirkungen nicht ein so harmloses, peristaltikerregendes Mittel zu sein, wie es nach den ersten Berichten scheinen konnte. Nach der intravenösen Injektion wurde schon eine ganze Reihe schwerer Kollapse mit bedrohlichen Erscheinungen beobachtet, und in einem Falle trat sogar der Tod ein. Direkt nach der Einspritzung, die in Goeckes Abteilung unter allen Kautelen gemacht wurde, stellte sich bei 3 Fällen Atemnot und heftiger

Kopfschmerz ein; der Puls wurde sehr klein und die Patienten machten einen sehr schweren Eindruck. Bei zweien trat etwa $^1/_2$ Stunde danach ein sehr heftiger Schüttelfrost auf mit Temperaturen bis 40,4, die dann am nächsten Tage wieder normalen Verhältnissen Platz machten. Bei der jedoch meist prompten Wirkung des Mittels, das schon nach kurzer Zeit Blähungen und Stuhl hervorrufen kann, wird man in akuten Fällen seinen großen therapeutischen Wert nicht verkennen dürfen. Doch soll die intravenöse Hormonalinjektion nur in der Klinik oder im Krankenhause vorgenommen werden. Indiziert ist die Anwendung bei hartnäckiger Obstipation, die allen anderen Mitteln trotzt, sodann bei postoperativen oder reflektorischen Darmlähmungen, wenn die übrigen Mittel versagt haben. Die Herzkraft ist dabei durch Digalen und Campher zu unterstützen. *Colley* (Insterburg).

Riebel, E. C., Subcutaneous rupture of the diaphragm and positive pressure (Meltzer). An experimental and clinical study. (Subcutaner Riß des Zwerchfells und positiver Druck (Meltzer.) Surgery, gynecol. a. obstetr. **16**, S. 133 bis 140. 1913.

Riebel berichtet über einen Fall von subcutanem Riß des Zwerchfells, der durch Überfahren der linken Brust- und Bauchseite entstanden, und bei dem der größte Teil des Magens durch den Riß in die linke Brusthöhle eingetreten war. Bei der Laparotomie unterhalb des Proc. ensif. fand sich erhöhter Druck in der Bauchhöhle. Eine Verletzung der Baucheingeweide war nicht vorhanden; der Riß lag im sehnigen Teil des Zwerchfells und war 4—5 Finger breit. Der Magen wurde aus dem Riß hervorgeholt, es erfolgten noch einige Atemzüge, doch konnte trotz direkter Herzmassage durch den Riß die Tätigkeit des Herzens nicht erhalten werden. Eine Sektion wurde nicht gemacht.

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf den Unterschied zwischen offenen und subcutanen Zwerchfellverletzungen. Während die offenen Verletzungen durch ihre Kleinheit selten zu einem Prolaps von Baucheingeweiden, abgesehen vom Netz, führen, und ihre operative Behandlung meistens ein günstiges Resultat ergibt, ist der Ausgang der subcutanen Risse meistens wie oben geschildert schlecht, wenn nicht mit Anwendung der verschiedenen Druckdifferenzverfahren für den Pneumothorax gearbeitet wird. Als besonders einfacher und leicht anwendbarer Apparat hierzu wird der von Meltzer angegebene empfohlen. Die Ergebnisse seiner nicht zahlreichen experimentellen Untersuchungen über die Physiologie des Zwerchfells, die Ursachen und seine pathologischen Verhältnisse beim Riß faßt Riebel, indem er noch besonders betont, daß die gewonnenen Resultate beim Hunde nur bedingt auf den Menschen anzuwenden sind, in folgendem zusammen: 1. Das Zwerchfell beim Menschen hat durch seine anatomische Lage zum Herzen und zum Pericardium einen wichtigen Einfluß auf die Tätigkeit des Herzen. 2. Es ist ein wichtiger Faktor für die Zirkulation, indem es den Rückstrom des venösen Blutes besonders aus der Bauchhöhle unterstützt. 3. Es spielt eine wichtige Rolle für die Erhaltung des Druckes in der Brusthöhle. 4. Der Riß des Zwerchfells hat sicher schwere Störungen der Atmungen und des Druckes in der Brusthöhle zur Folge. 5. Der unvermeidliche Prolaps von Bauchorganen, der dem subcutanen Riß folgt, verschlimmert diese Situation noch dadurch, daß er häufig einen positiven Druck in der Thoraxhöhle hervorruft. 6. Die Anwendung eines Druckdifferenzverfahrens ist absolut notwendig um diesen verschiedenen Vorkommnissen zu begegnen. 7. Bessere Resultate werden erzielt in solchen Fällen, wo entweder der abdominale oder transpleurale Weg oder beide zusammen, je nach Lage des Falles beschritten werden können. 8. Die Art des Drucks, ob positiv oder negativ, ist von geringer Wichtigkeit, nur ist die Methode von Meltzer einfach und kann überall angewendet werden. 9. In Fällen, wo der Verdacht auf einen subcutanen Riß des Zwerchfells besteht, soll zur Einatmung ein leichter Druck (10—15 mm) vor der Operation angewendet werden, um die schädlichen Folgen des gestörten intra-thoracalen Druckes zu vermeiden.

Creite (Göttingen).

Bagozzi, Gerolamo, Empiema subfrenico. (Der subphrenische Absceß.) (*Osped. magg., Milano.*) Clin. chirurg. **21**, S. 1—152. 1913.

Die ausführliche Monographie gibt einen geschichtlichen Überblick mit ca. 250 Lite-

raturnummern. Darstellung der Anatomie. Für die Ausbreitung entzündlicher Prozesse aus dem Abdomen in den Pleuralraum sind wichtig die großen Öffnungen, ferner Spalten zwischen den Muskelfasern, in welchen Pleura und Peritoneum bis auf die Subserosa aneinander herantreten, perforierende Lymphgefäße (Küttner, Sapey), schließlich die Bursa pleuralis retrocardiaca (Broman, Favaro), welche beim Embryo von der Bursa omentalis ausgeht und als kleine Ausbuchtung rechts ventral vom Oesophagus sich erhalten kann. — Exakte Topographie der dem Zwerchfell anliegenden Organe und Recessus. Verf. hält am einheitlichen Charakter fest; nach der pathologischen Bedeutung ergibt sich folgende Einteilung: a) Cavum superius dextrum zwischen rechtem Leberlappen und Zwerchfell. Häufigkeit der Abscesse 36 % ausgehend von Leber, Gallenwegen, Appendix. Das Lig. falciforme trennt diesen Raum von B. Cavum superius sinistrum. Dieses zerfällt in 2 Teile: 1. Cavum medium, entsprechend linkem Leberlappen und Magen. 26 %. Perforationen an Magen und Leber. 2. Cavum laterale begrenzt von Magen, Kolon und Milz 8 %. C. Cavum inferius, subepaticum: Gallenwege 5 %. D. Cavum posterius retrogastricum: Pankreas 4 %. — Außer diesen, mit Ausnahme von D. intraperitonealen Eiterungen finden wir retroperitoneale Abscesse, 24 %. Sie dringen im Zellgewebe zwischen Peritoneum und Diaphragma vor, besonders am Angulus parietocolicus. Appendicitis, Colitis. Perinephritis, rechts viel häufiger. Verlauf: Resorption selten. Pleuraerkrankung häufig: a) als regionäre „sympathische" Beteiligung am Entzündungsprozeß 50 %, dann als fortgeleitete Eiterung oder Perforation 25 %. Öfters bei den retroperitonalen Formen. Dann folgen freies Pleuraempyem, epiphrenischer Absceß. Lungenabsceß, Perforation in einem Bronchus 16 %. Links entsprechend, Perikarditis, Mediastinitis. — Ausführliche Schilderung der klinischen Symptome. Für die Röntgenuntersuchung sind wichtig: Verschwinden der Recessus costo-diaphragmatici, Unbeweglichkeit, Hochstand des Zwerchfelles, oft zeigt sich über dem dunklen Schatten ein kalottenförmiger Aufsatz von ungleicher Strahlendichtigkeit entsprechend einer aufsitzenden Gasblase, nach oben durch den Zwerchfellring begrenzt, bei Lagewechsel verschieblich. — Besprechung der einzelnen Formen des Krankheitsbildes. Hierzu 14 eigene Krankengeschichten. Die operative Behandlung hat 4 Wege offen: 1. Laparotomie bei epigastrischen Abscessen. Naht einer Magen-Darmperforation nicht zu empfehlen; 2. Rippenresektion ohne Verletzung der Pleura (Lannelongue, Auvray, Marwedel usw.); 3. transpleurales Verfahren; 4. lumbale Incision. Das eigene Material enthält 3 gastrische, 2 duodenale, 3 hepatobiliäre, 6 appendikuläre Abscesse. Geheilt wurden 9 Fälle: spontane Perforation in Blase, Bronchus je 1; nach transpleuraler Operation 5, Laparotomie, lumbaler Incision je 1. *Hotz* (Würzburg).

Robineau, Hématome sous-phrénique récidivé. (Rückfälliger Bluterguß unter dem Zwerchfell.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 283—284. 1913.

Bei einem 50jährigen, bei dem bereits vor 1 Jahre Souligoux eine Blutansammlung zwischen Leber und Zwerchfell eröffnet hatte, stellte sich eine solche erneut ein. Sie ging unter bloßer örtlicher Kälteanwendung nach und nach zurück. Über Ursache keine Angaben. *Georg Schmidt* (Berlin).

Bernhard, Oskar, Drei Fälle von inneren Verletzungen (Lunge, Niere, Leber) infolge des Schlittelsports auf dem Cresta-Run. Schweizer. Rundsch. f. Med. **13**, S. 432—434. 1913.

Nach kurzer Besprechung der technischen Einzelheiten des Skeletonsports auf dem Cresta-Run in St. Moritz weist Verf. darauf hin, daß laut genauen statistischen Erhebungen schwerere Verletzungen auf dieser fast nur von geübten Fahrern frequentierten Bahn im allgemeinen verhältnismäßig selten sind (z. B. im Winter 1911/12 unter 1915 Einzelfahrten 42 Stürze, also 2,2%) und lange nicht alle Stürze ärztliche Hilfe erfordern. In den 28 Jahren des Bestandes des Cresta-Run sind nur 2 Todesfälle vorgekommen,

wovon einer zu spät zur Operation kam und der andere durch die Nachlässigkeit eines Streckenwärters verschuldet wurde. Die 3 Fälle schwerer Verletzung innerer Organe sind folgende:

1. 28jähriger Mann wird über die Kurve auf harten Boden geschleudert. Shock, Bluthusten, multiple Rippenbrüche. Heilung nach 4 Wochen nnter konservativer Behandlung.

2. 33jähriger Mann verunglückte am selben Tage an gleicher Stelle. Abends schwere Anämie, Unruhe, Schmerz und Tumor in der rechten Flanke, Hämaturie. Operation im Zimmer: vollständige Querruptur der rechten Niere mit mächtigem Hämatom. Exstirpation der Niere. Tod eine Stunde später.

3. 15½jähriger junger Mann kippt in der Kurve um und wird von seinem Skeleton gegen die kantige Eiswand gepreßt. Schwerer Skock, Schmerzen und Dämpfung in beiden Flanken. Operation: starke Blutung im Bauch; Leberruptur mit Herausschlagung eines 4 cm langen Stückes Leber aus dem Parenchym; Tamponade. 2 Tage später Relaparatomie wegen Ileus, Entfernung der Tampons. Heilung in 4 Wochen.

Auch Fälle von reinem Shock ohne innere Verletzungen nach schweren Stürzen hat Bernhard mehrfach beobachtet. *v. Saar* (Innsbruck).

Shattock, S. G., Occlusion of the inferior vena cava, as a result of internal trauma. (Dissecting varix?) The case of the late Dr. W. Rivers Pollock. (Verschluß der Cava inferior infolge innerer Verletzung [Varix dissecans].) Brit. med. journal **2721**, S. 385—387. 1913.

Das Präparat stammt von dem verstorbenen Geburtshelfer am Westminster Hospital, Dr. W. Rivers Pollock, der es bei seinem Tode dem Royal College of Surgeons vermachte. — Krankengeschichte: Im Jahre 1884 gewann Pollock beim Hindernisrennen zwischen Cambridge und Oxford für erstere Universität ein Rennen über 120 Yards in 16 Sekunden. Während des Rennens hielt er den Atem an. Gleich nachher klagte er einige Sekunden über Schmerzen in der Gegend der Lendenwirbelsäule und mußte sich 6 Monate zu Bett legen. Es stellte sich Ödem der Beine, der Bauchdecken und des Scrotums ein. Auch dilatierten sich die oberflächlichen Venen innerhalb einiger Tage. Die erweiterten Venen mußten im späteren Leben durch eine bis zum Thorax reichende elastische Hose komprimiert werden. Ferner traten Albuminurie und häufige Anfälle von Phlebitis und Thrombose auf. Der Tod erfolgte am 5. X. 1909 an Septikämie im Anschluß an eine eitrige Tonsillitis.

Beschreibung des Präparats: Rechte Vena azygos erheblich dilatiert. Mit Ausnahme des obersten Abschnittes ist die ganze Cava inferior in ein flaches, undurchgängiges Band verwandelt, das 6,5 cm unterhalb der Nierenvenen am dünnsten ist. Venae iliacae comm. und die konservierten Teile der äußeren und inneren Iliacalvenen gleichfalls abgeflacht und obliteriert. Äste und Stamm der Nierenvenen durchgängig bis auf die Mündungen dieser Gefäße in die Cava. Lebervenen nicht verschlossen. Verf. schließt eine infektiöse Thrombose aus und verweist auf die von Keith festgestellte Tatsache, daß die Cavae mit ihren Hauptästen unten durch die Klappen der Iliacae comm., oben durch die der Subclaviae und Ingulares zu einem Reservoir abgeschlossen werden. Durch die starke Muskelanstrengung des Patienten wurde das Blut von Gliedern und Rumpf in das Reservoir getrieben. Infolge der angehaltenen Atmung kam es ferner zur intrathoracischen Stauung des Blutes, dessen Rückfluß durch die Venae hepaticae in die klappenlosen Venen des Pfortaderkreislaufes bei der Kürze der Zeit nur in beschränktem Maße möglich war. So stieg der Druck im Reservoir und führte zum Intimariß im geräumigsten Abschnitt des Reservoirs, der Cava inferior. Der Riß fand im unteren Teil des Gefäßes statt, weil der obere Teil hinter der Leber in einer tiefen Rinne geschützt liegt. Dem intramuralen Extravasat folgte dann Thrombose und Verschluß der Cava. Es handelte sich beim Patienten also um das Gegenstück des Aneurysma dissecans, wofür Verf. die Bezeichnung: Varix dissecans vorschlägt. — Es war zweifelhaft, ob bei P. eine familiäre Disposition zur Thrombose vorlag. Von 2 Brüdern war einer an Ödem der unteren Körperhälfte, der andere an Embolie der Pulmonalarterie gestorben. *Kempf* (Braunschweig).

Lorenzini, Aldo, Contributo allo studio dei tumori addominali nell' infanzia. (Beitrag zur Kenntnis der Abdominaltumoren im Kindesalter.) (*Clin. pediatr., univ. Bologna.*) Rif. med. **29**, S. 122—127. 1913.

Fall von Hydronephrose bei einem 10jährigen Mädchen.

Man bemerkt bei dem Mädchen eine langsame Zunahme des Leibes verbunden mit Schmerzäußerungen und Auftreten einer Geschwulst im linken Hypochondrium. Urin klar, normal. SG. 1014. Der Tumor ist kindskopfgroß, reicht vom Rippenbogen bis oberhalb des Pubis. Kein Hydatidenschwirren. Bauchumfang $65^1/_2$. Pirquet negativ. Die Differentialdiagnose führt zur Annahme eines Cystentumors der linken Niere. Bei der Operation (Prof. Nigrisoli) findet man einen kindskopfgroßen Tumor mit elastischer Wand und flüssigem Inhalt; im unteren Teil des Sackes merkt man Streifen von atrophischem Nierengewebe. Der Ureter entspringt an der medialen Seite des Tumors unterhalb der Mitte, kurz nach seinem Abgange zeigt er eine etwa zentimeter lange fast vollständige Stenose, die Wand des Ureters ist an dieser Stelle bedeutend verdickt.

Im Anschluß an diesen Fall gibt Verf. eine Übersicht der bis jetzt beschriebenen cystischen Tumoren der Niere im Kindesalter. Kongenitale Cystennieren wurden ca. 23 mal beobachtet, die Mehrzahl der Autoren führt sie auf eine Entwicklungshemmung des Nierengewebes zurück (v. Mutach, Busse). Echte Hydronephrosen wurden bis jetzt ca. 20 mal beschrieben, die meisten wurden durch Strikturen und Knickungen des Ureters verursacht, viel seltener durch Abflußhindernisse infolge von Konkrementen. *Monnier* (Zürich).

Douglas, John, Bougie removed from the abdomen ten weeks after introduction per vaginam. (Entfernung eines Bougies aus der Bauchhöhle zehn Wochen nach der Einführung durch die Vagina.) Americ. journal of obstetr. **67**, S. 25—26. 1913.

Zur Einleitung eines Abortes führte eine Patientin sich ein Bougie durch die Vagina ein. 10 Wochen später erkrankte sie mit einem Absceß in der rechten Unterbauchgegend in der Höhe des Nabels. Bei der Incision fand sich in diesem aufgerollt das Bougie. Es war durch die Uteruswand oder durch das Ligamentum latum in die Bauchhöhle gelangt, ohne eine Peritonitis zu verursachen, und ohne daß dadurch ein Abort herbeigeführt wurde. Erst 11 Tage nach der Operation wurde ein 3 Monate alter Fötus spontan ausgestoßen.

Hochheimer (Berlin-Schöneberg).

Banister, J. Bright, A case of acute intestinal obstruction following caesarean section. (Ein Fall von akutem Ileus nach Kaiserschnitt.) Lancet **184**, S. 386—387. 1913.

Etienne et Aimes, Kyste dermoïde du raphé périnéal. (Dermoidcyste der Dammnaht.) (Soc. des sciences méd. de Montpellier, séance 24. I. 1913.) Montpellier méd. **56**, S. 206—208. 1913.

Hühnereigroßes Dermoid bei einem 12 jährigen Knaben zwischen Scrotalansatz und Anus, von Geburt an bemerkt und allmählich gewachsen. Entfernung ohne Schwierigkeiten. Verff. machen auf die Seltenheit des Sitzes für ein Dermoid aufmerksam, dessen Natur mikroskopisch festgestellt worden ist. Sie gehen kurz auf die Entwicklungsgeschichte dieser Geschwülste an dieser Stelle ein und erklären sie aus einer Einstülpung, welche bei der Anlage der Urethra zustandekommt. *Herzfeld* (Berlin).

Bauchfell:

Schultze, Die Rekonstruktion der Bauchdecken. Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 268—270. 1913.

Bei größerer Diastase der Wundränder bei einem großen Bruche in der Mittellinie der Bauchdecken gestaltet sich der Verschluß der Wunde unter Anwendung der Klemmtechnik folgendermaßen: Es wird auf jeder Seite eine Anzahl von Roserschen Klauenschiebern angelegt, welche das Peritoneum und die hintere Aponeurose fassen. Unter Extension werden die beiden Serien von Klauenschiebern ectropioniert. Die auseinandergewichenen Muskel- und Fascienränder werden durch eine Muzeuxzange einander genähert; jede Branche derselben wird für sich zwischen Haut und Fascie eingeführt und möglichst viel Muskel eingehakt. Nach Schluß der Zange liegen die Klauenschieber mit ihrem gefaßten Material in der Tiefe nebeneinander. Klemmnaht der einzelnen Schichten in bekannter Weise (s. Deutsche Zeitschr. f. Chir. **81**). Ähnlich der Vorgang bei notwendigem Querschnitt neben dem Medianschnitt.

Kindl (Prag).

Zitronblatt, Zur Kasuistik und Histogenese der Nabeladenome. (*Alt-Katharinen-Hosp., Moskau.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 371—372. 1913.

Die echten Nabeladenome entstehen aus zurückgebliebenen Epithelresten des Dotterganges in der Nabelnarbe und sollen nicht mit dem sog. Divertikelvorfall der Kinder (Kolaczek) verwechselt werden. Histologisch handelt es sich um Zylinder-

epitheladenome. Verf. hat nur 4 derartige Fälle gefunden und teilt einen 5. eigenen mit. Überwiegend sind Frauen betroffen. *Kreuter* (Erlangen).

Bauchfell:

Friedemann, Zur Frage der freien Transplantation des Peritoneum. Kurze Bemerkung zu dem Artikel mit gleichem Thema von Dr. A. Hofmann. Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 270—271. 1913.

Bei der Operation eines postappendicitischen Adhäsionsileus begnügte sich Verf. mit der Lösung der verwachsenen Darmschlingen, ohne die dadurch entstandenen, zum Teil ausgedehnten Serosadefekte zum Gegenstand einer Plastik zu machen. Der Erfolg der Operation war in jeder Beziehung ein ebenso guter, wie ihn Hoffmann durch freie Aufpflanzung von Peritoneum erzielte, wodurch nach Ansicht des Verf., die Beweiskraft, welche Hoffmann seinem Falle bezüglich der erfolgreichen klinischen Durchführbarkeit der Peritonealplastik (autoplastisch) zumißt, jegliche Stütze verliert. *Rehn* (Jena).

Morestin, H., Lavage du péritoine à l'éther. (Bauchfellspülung mit Äther.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 284—287. 1913.

Morestin hat bei Operationen das infizierte Bauchfell schon seit langer Zeit regelmäßig mit Äther behandelt und erachtet ihn hierfür als das beste Mittel. Eine Frau, aus deren geplatztem Bauchbruche Netz ausgetreten war und bei welcher Verwachsungen und bereits vorhandene Infektion des Bauchfelles die Operation schwierig und wenig aussichtsreich gestalteten, heilte infolge der sorgfältigen Ätherspülung der gesamten Bauchhöhle glatt. *Georg Schmidt* (Berlin).

Souligoux, Lavage de la cavité abdominale à l'éther. (Bauchhöhlenspülung mit Äther.) (Soc. de chirurg. de Paris, séance du 19 févr. 1913.) Gaz. d. hôp. **86,** S. 362—363. 1913.

Souligoux hält auf Grund von Erfolgen bei Notlaparotomien, bei Operationen wegen Wurmforsatzentzündung, geplatzter Extrauterinschwangerschaft, eiteriger Salpingitis den Äther für ein hervorragendes Mittel der Bauchhöhlendesinfektion. *Georg Schmidt* (Berlin).

Roussiel, Marc, Un cas de péritonite aiguë généralisée d'origine appendiculaire compliqué d'ictère. Intervention. Guérison. (Ein Fall von acuter generalisierter Peritonitis appendicitischen Ursprungs mit Ikterus compliciert. Intervention. Heilung.) Clinique (Bruxelles) **27,** S. 49—58. 1913.

Die Mitteilung der Krankengeschichte einer Beobachtung. Heilung einer 36 Stunden alten allgemeinen Appendixperforationsperitonitis wird vom Verf. als Anlaß zu einer 8 Seiten langen Besprechung der Peritonitisbehandlung benützt: Eine sichere Drainage des Abdomens ist nach Roussiel nur mit ständigem Durchblasen von O_2 150—200 Blasen in der Minute zu bewerkstelligen. Durch ein Gummirohr in der einen Flanke geht der Gasstrom hinein und durch ein Drain der anderen Seite wieder hinaus. Ob das Gas vorgewärmt wird um Abkühlung des Darms zu verhüten, ist nicht gesagt. Am Schluß der Operation wird das Peritoneum durch starkes Ausblasen ausgetrocknet, während der Nachbehandlung wird 4—7 Tage mit O_2-Strom der Bauch drainiert. Das Verfahren ist von Thiriar angegeben worden. *Iselin* (Basel).

Hernien:

Chlumský, V., Therapeutische Mitteilungen. 1. Operation oder Bruchband? Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31,** S. 58—63. 1913.

Wertvolle Angaben über zweckmäßige Beschaffenheit der Bruchbänder in den verschiedenen Lebensaltern: Hernien von 1—3 jährigen Kindern heilen in der Regel von selbst, wenn eine Bandage mit leichter Stahlfeder und flacher Pelotte verwendet wird. Leistenbruch mit Kryptorrhismus ist wegen einer zu befürchtenden Schädigung des Hodens durch das Bruchband besser zu operieren. Abwarten des Descensus und spätere Ordination eines Bruchbandes ist bei Kindern aber nicht gefährlich und führt auch zum Ziel. — Nach dem 3. Lebensjahre wird der Erfolg der konservativen Behandlung mit zunehmendem Alter unsicherer. Werden Bandagen getragen, so sind für junge Leute bis zu 20 Jahren birnenförmige Pelotten aus Eisenblech, die mit Roßhaaren gepolstert sind und die Ränder der Bruchpforte überragen, die richtigsten.

Zu starke Federn und zu harte Pelotten drücken, zu weiche z. B. mit Glycerin gefüllte Gummiballons, wirken zu ungleichmäßig und sind zu verwerfen. — Patienten von über 20 bis etwa zu 55 Jahren ist stets zur Operation zu raten. Sonst leisten, da in diesem Alter der Bruchkanal kürzer geworden ist, in die Bruchpforte passende Pelotten von keilförmiger Gestalt mit Schenkelriemen gute Dienste. Für kleine Hernien mit Verwachsungen eignen sich hohle Pelotten, für größere Ledersuspensorien. — Noch ältere Leute operiert Chlumsky nur bei gutem Allgemeinzustand. Debile vertragen Gummizüge besser als eine Feder am Bruchband. In Fällen mit sehr großer Bruchpforte legt er nach Reposition des Bruchinhaltes einen Heftpflasterstreifen über die zusammengefaltete Haut. *Duncker* (Köln a. Rh.).

Stasow, Ein Fall von Fremdkörper im Bruchsacke. Russki Wratsch **12**, S. 185. 1913.

Patient mit linksseitiger Inguinalhernie, die 3 Jahre besteht. Die Hernie enthält Netz, ist irreponibel, bei der Palpation sehr schmerzhaft. Patient gibt an, daß ihm vor 6 Jahren eine Nadel in den Bauch eingedrungen sei, die aber bei der darauf folgenden Operation nicht entfernt werden konnte. Im Laufe dieser Jahre spürte Patient Schmerzen in der linken Hälfte des Bauches besonders bei Beugung des Körpers. Bei der Untersuchung des Bauches konnte man das angewachsene Netz und $1^1/_2$ Finger unterhalb des äußeren Inguinalringes eine vom Netz umhüllte Nadel fühlen. Die Röntgenaufnahme zeigte in der Inguinalgegend eine Nadel, die schräg von oben innen nach unten außen geht. Die Operation bestätigte den Befund. Verf. meint, daß die Nadel in die freie Bauchhöhle eindrang, im Netz stecken blieb und sich zusammen mit dem Netz in den Bruchsack senkte. Fraglos ist in diesem Falle der Fremdkörper von außerhalb des Darmes in den Bruchsack gelangt, im Gegensatz zu den anderen in der Literatur beschriebenen Fällen, wo der verschluckte Fremdkörper aus dem Darm in den Bruchsack gelangt war. *Joffe* (Dorpat).

Hind, G. R., Operation for strangulated inguinal hernia under local anaesthetic. (Operation der eingeklemmten Hernie unter Lokalanaesthesie.) Guy's hosp. gaz. **27**, S. 108. 1913.

Laméris, H. J., Twee gevallen van liesbreuk. (Zwei Fälle von Leistenbruch.) Nederl. Tydschr. voon Geneeskunde **1**, S. 105—106. 1913.

Verf. ist der Meinung, daß bei der operativen Behandlung von bestimmten Formen von Leistenbruch (indirekter Bruch) die Hauptsache sein muß: das Isolieren und so weit wie möglich Abtragen des Bruchsackes; das letzte gelingt leicht durch starke Torsion des Sackes. In diesen 2 Fällen, wo nach Bassini-Operation Rezidiv aufgetreten war, wurde als zweite Operation nur die ausgiebige Exstirpation des Bruchsackes gemacht, keine Radikalnaht. Bei der Untersuchung nach 2 Jahren vollkommene Heilung. *van Delden* (Wien).

Magen, Dünndarm:

Ridella, A., L'odierna chirurgia gastro-intestinale. (Die heutige Chirurgie des Magendarmkanals.) Gaz. degli osp. **34**, S. 265—266. 1913.

Cafiero, Carmelo, Studio della funzione motoria dello stomaco mediante i raggi Röntgen. (Studium der motorischen Funktion des Magens mittels Röntgenstrahlen.) Gaz. med. lomb. **72**, S. 49—50. 1913.

Die Ausheberung gibt ungenaue Resultate, läßt sich auch nicht immer ausführen. Das Röntgenverfahren allein oder in Kombination mit der Schlauchuntersuchung läßt die Magenmotilität gut beurteilen. Die Schattenhöhe der Probemahlzeit beim Gesunden schwankt zwischen 8 und 18 cm. Nach einer Stunde beträgt die Höhe 3 cm, die Breite 9 cm, nach $1^1/_4$ Stunde $1^1/_2$ cm Höhe. Nach $1^3/_4$ Stnnden verschwindet der Schatten beim Magengesunden. Auf Grund dieser Zeit- und Maßangaben lassen sich Differenzen in der Motilität leicht feststellen. *Wohlauer* (Charlottenburg).

Hess, Alfred F., Untersuchungen über Pylorospasmus und Pankreasfermente beim Säugling vermittels eines einfachen Duodenalkatheters. (*Dep. of health, New York City.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 412—415. 1913.

Es gelingt bei Säuglingen leicht, einen Nélatonkatheter Nr. 15 (F) durch den Magen in das Duodenum einzuführen. Verf. hat diesen „Säuglingsduodenalkatheter“ bei mehreren hundert Kindern zu klinischen und experimentellen Zwecken angewandt, um sich über Fälle von Pylorospasmus zu orientieren, die Pankreasfermente des Säuglings, den Icterus neonatorum, den kongenitalen Gallengangsverschluß und die

Bakterienflora des Duodenums zu untersuchen. Die Technik, ausführlich angegeben, wird leicht und schnell erlernt. Dagegen ist die Beurteilung, ob der Katheter im Duodenum liegt, nicht einfach, sie wird erst nach einiger Übung erlangt (Retraktionssymptom, Gallen-Papillen-Symptom). Der Pylorospasmus scheint durch Einführung der Sonde gemildert zu werden. Durch die eingeführte Sonde konnte festgestellt werden, daß bereits in den ersten Lebenstagen die drei Pankreasfermente vorhanden sind. Bei atrophischen Kindern liegt kein merkbarer Mangel an Pankreasferment vor. In Fällen von kongenitaler Gallengangsobliteration konnte der Nachweis erbracht werden, ob auch der Ausführungsgang des Pankreas verschlossen war. Durch einen Katheter, der mit einer sterilen Gelatinekapsel versehen ist, kann Duodenalinhalt zur bakteriologischen Untersuchung entnommen werden. So fand sich bei einem typhuskranken Kinde im Duodenalinhalt nahezu eine Reinkultur von Typhusbacillen.
Kolb (Heidelberg).

Pisek, Godfrey Roger, Pyloric obstruction with a comparative study of the normal stomach of infants. (Über Pylorusverschluß, mit einer vergleichenden Studie über den normalen Säuglingsmagen.) (Philadelphia pediatr. soc., meet. of Nov. 12, 1912.) Americ. journal of obstetr. **67,** 418—420. 1913.

Der Autor machte bei kranken und gesunden Säuglingen, nachdem sie Wismutmilch erhalten hatten, Röntgenmomentaufnahmen, und zwar in senkrechter Haltung und in kurzen Zwischenräumen. Während aus dem normalen Magen flüssige Nahrung kurze Zeit nach der Aufnahme verschwunden war, wurde sie bei einigen Fällen von Pylorusstenose bedeutend länger zurückgehalten. Verf. empfiehlt daher die radiologische Untersuchung in jedem Falle von Pylorusverschluß, ehe man sich zu einer Therapie entschließt. *v. Khautz* (Wien).

Simon, Ludwig, Beitrag zur Behandlung der perforierten Magen- und Duodenalulcera. (*Allg. Krankenh., Mannheim.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **83,** S. 26 bis 45. 1913.

Verf. erörtert an Hand von 14 Fällen die Faktoren, die für den Ausgang der perforierten Magen- und Duodenalulcera von Wichtigkeit sind, und bespricht im Zusammenhang damit den Wert der von Eiselsberg 1906 empfohlenen Jejunostomie. Mit Petrén hält er das Duodenalulcus für am häufigsten bei Männern. Die Prädisposition der Frau für das Magengeschwür bestreitet er. Worauf die häufigere Perforation bei Männern beruht, kann er nicht angeben, mißt aber der körperlichen Anstrengung Bedeutung bei. Das Prädilektionsalter für Ulcera ist Ende 20 Anfang 30. Durch das abgenutztere Gefäßsystem wird die Prognose bei älteren Leuten schlechter, da sie Perforationskollaps und Peritonitis schwerer überstehen. Infolge der bald eintretenden Peritonitis ist die Perforation des Magengeschwürs von der anderer Hohlorgane nicht zu unterscheiden; Beachtung verdient die zwar oft auch nicht typische Anamnese; so ließen unter den 14 Fällen 8 die Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu, 3 wußten von einer Magenerkrankung nichts anzugeben. Die Steigerung der bestehenden Schmerzen (nach Moynihan, Billard und Pinatello peritoneale Reizung) bezeichnet Verf. als warnende Vorboten. Er beschreibt einen Fall, bei dem die Frage „frische Perforation“ oder „warnende Vorboten“ offen blieb. Die Laparotomie deckte ein der Perforation nahes Ulcus duodeni mit umgebender Entzündung und Tendenz zur Verklebung auf. Hier fehlte die Rectusspannung, die dagegen bei stattgehabter Perforation nie zu vermissen war. Nur direktes Trauma ist von Bedeutung. Welche Rolle der Füllungsgrad spielt, ist zweifelhaft, da auch nachts Perforationen auftreten. Die Perforation kann alle Symptome von der einfachen Reizung bis zur diffusen Peritonitis hervorrufen. Manchmal ist der plötzlich einsetzende heftige Schmerz in der Oberbauchgegend mit folgender Ohnmacht zu verwerten. Die Appendixperforation verläuft gewöhnlich nicht so stürmisch; Tubarruptur unterscheidet sich durch Anamnese, Viscosität des Blutes, Aussehen der Patientin. Bei älteren Perforationen läßt sich nur noch die Peritonitis feststellen. Da bei Duodenalulcus wie bei Appendicitis die Peritonitis mehr rechts auftritt, muß die Anamnese aushelfen. Der Sitz der Ulcera war 11 mal an der vorderen, 3 mal an der hinteren Magenwand, 4 mal an der Pars pylorica, 4 mal in der Mitte und 4 mal am kardialen Teil, 2 waren Duodenalulcera. Aus den anfänglich kleinen Perforationen entwickeln sich durch Magensaftfluß und Peristaltik größere; immer sind sie kleiner als das eigentliche Geschwür. Multiple Perforationen wurden nicht beobachtet. Bei frischen Fällen war in der Bauchhöhle fade, säuerliche, opalescierende oder trübseröse Flüssigkeit, die bei älteren eitrig, bei nach 18 Stunden operierten reiner Eiter war. Speisereste oder gallige Flüssigkeit fanden sich nicht. Anwesenheit von Gas (3 Fälle) weist auf den Magen. Aufgaben der Operation sind rascher, sicherer Schluß der Perforation, Reinigung der Bauchhöhle, Hebung des Kräftezustandes und Allgemeinbefindens. Von den Operationsmethoden verwandte Verf. Einstülpung und mehrschichtige Naht mit Aufnähung eines Netz-

zipfels; sie ist am einfachsten auszuführen; doch muß von Fall zu Fall entschieden werden. Verlegt die Einstülpung den Pylorus, ist die Gastroenterostomie anzuschließen; sie wird auch zur Entlastung der Nahtlinie verwandt, ebenso die vom Verf. angewandte Jejunostomie. Ihre Hauptvorteile sind günstige Beeinflussung multipler Geschwüre, sofortige Ernährung, wichtig auch für Anregung der Darmtätigkeit, Einfachheit der Ausführung (Witzelsche Schrägfistel, 40—50 cm von der Plica duodenojejunalis zwecks eventueller Anlegung einer Gastroenterostomie). Nachteilig ist die geringere Entlastung der Nahtlinie, was aber bei Minderung der Hyperacidität des Magensaftes nicht sehr ins Gewicht fällt. Die Gastroenterostomie soll angewandt werden bei Ulcus der Pars pylorica und kleinen Kurvatur und schon bestehender oder erst hinzugekommener Stenose und gutem Allgemeinbefinden. Nach Petrén werden von in den ersten 12 Stunden Operierten $^2/_3$ gerettet, von den später Operierten $^1/_3$. Verf. erzielte nach Abzug der prognostisch infausteren beiden Duodenalulcera $66^2/_3$% Heilung; Petrén berichtet 1912 über 52%, ähnlich Brunner 1903.

Philippi (Karlsruhe).

Malkow und Dietrich, Ein Fall von Sanduhrmagen. Russki Wratsch 12, S. 145—148. 1913. (Russisch.)

Uffreduzzi, O., und G. Giordano, Abänderungen an der Rouxschen Gastro-Jejuno-Oesophagostomie. (*Chirurg. Univ.-Klin., Turin.*) Zentralbl. f. Chirurg. 40, S. 225—226. 1913.

Bei dem Originalverfahren wird ein Stück des obersten Jejunum unter Erhaltung des zuführenden Gefäßbogens aus der Kontinuität herausgetrennt; der anale Teil dieser Schlinge wird antekolisch in den Magen eingepflanzt und der orale subcutan über dem Sternum bis zum Jugulum heraufgezogen. Die beiden restierenden Darmlumina werden End zu End vereinigt. Uffreduzzi und Giordano haben bei Hunden dies Verfahren im Sinne der Rouxschen Gastroenterostomia y-formis modifiziert, um die Gangrän der intermediär ausgeschalteten Schlinge zu vermeiden. Ihr Operationsplan ist: Seitliche Laparotomie links unter dem Rippenbogen. Quere Durchschneidung des Dünndarmes 2-Handbreit unter der Plica duodenojejunalis in einem gefäßfreien Raume. Spalten des Mesenterium bis zur Radix. Seitliche Einflanzung des zuführenden Endes in die abführende Schlinge 3—4-Handbreit unter der Durchschneidungsstelle. Hochziehen dieser Schlinge (ante- oder retrokolisch) unter die Haut des Thorax. Als 2. Akt: Anastomose zwischen Magen und der vorgelagerten Darmschlinge. — Meist bleibt die Schlinge nur bis zur Hälfte des Thorax ernährt und die Vereinigung mit der cervicalen Speiseröhre erfordert komplizierte plastische Eingriffe. Daher haben U. und G. diese Methode — von ihnen Roux außerhalb der Brust genannt — zu einem Roux innerhalb der Brust umgestaltet. Ihr Vorgehen ist dann: Anlegung der y-förmigen Enteroanastomose, Resektion des unteren Oesophagus von einem Schnitt im 6. oder 7. Intercostalraum (Insufflationsanästhesie). Verschluß und Versenken der Kardia- Hochziehen der Dünndarmschlinge durch den Hiatus oesophageus. Vereinigung der freien Enden der Speiseröhre und des Darmes End zu End oder End zu Seit. Im 2. Akte Gastroenterostomie (wie oben). — Bei diesem Verfahren bleibt die Darmschlinge gewöhnlich ernährt, wenn die Resektion nicht über das untere Drittel der Brustspeiseröhre hinausging. Gefahr: Mittelfell- und Brustfelleiterung.

Cohn (Berlin).

Williams, Espy M., A suggestion tending to simplify and make more accurate the closure of the posterior edges of the wound margin after excision of saddle ulcer of the stomach. (Vorschlag zur Vereinfachung der Naht des hinteren Wundabschnittes nach Excision eines (sattelförmig) an der kleinen Kurvatur sitzenden Magengeschwürs.) Surgery, gynecol. a. obstetr. 16, S. 205—206. 1913.

Verf. hat nach Excision eines an der kleinen Kurvatur sitzenden Magengeschwürs den hinteren Teil der Naht, vom hinteren unteren Wundwinkel bis zur kleinen Kurvatur folgendermaßen ausgeführt: 1. fortlaufende, alle Schichten fassende, innere Verschlußnaht mit Catgut; 2. ebenfalls von der Schleimhaut aus, unter Anspannung der ersten Nahtreihe, unter bzw. hinter dieser eine alle Schichten fassende, fortlaufende Matratzennaht mit Zwirn, als Ersatz der Lembertnaht. Mit den langgelassenen Fäden wurde dann der vordere Teil der Wunde in bekannter Weise geschlossen. Verf. empfiehlt die Naht, die bisher noch nicht beschrieben sei, für die technische Schwierigkeiten bietende exakte Vereinigung der hinteren Wundränder.

Wiemann (Flensburg).

Weil, S., Beitrag zur Statistik der Magenresektion. (Auf Grund von 157 in den letzten $5^1/_2$ Jahren ausgeführten Resektionen.) (*Chirurg. Univ.-Klin., Breslau.*) Berl. klin. Wochenschr. 50, S. 390—392. 1913.

Unter 800 Magenoperationen in den letzten $5^1/_2$ Jahren wurden an der Breslauer Klinik 157 Magenresektionen vorgenommen, von denen 149 für die Besprechung heranziehbar sind.

Unter diesen sind 14 Fälle von Ulcus callosum, welche nur wegen Unmöglichkeit der sicheren Diagnose reseziert wurden; von diesen starben 3 infolge der Operation. In 80% der Fälle konnte vor der Operation ein Tumor oder eine Resistenz gefühlt und so eine sichere Diagnose gemacht werden. Leicht fühlbare Pylorustumoren geben die beste Resektionsmöglichkeit, aber auch bei undeutlicher Resistenz konnte oft die Resektion gemacht werden. Über die Möglichkeit der Resektion entscheidet nur die Laparotomie. Billroth II ist die Methode der Wahl. 3mal wurde wegen großer Schwäche der Patienten zweizeitig operiert, 2 Fälle geheilt, im 3. Fall erwies sich 3 Wochen nach der ersten Operation der Tumor so vergrößert, daß er nicht mehr operabel war; es wird daher dieses Verfahren als Normalverfahren abgelehnt. Die Operationsmortalität der 135 wegen Carcinom Resezierten beträgt 22%, die Operationen wurden von 12 verschiedenen Operateuren vorgenommen, in 75% der Sezierten fanden sich Eiterungen im Abdomen. Was die Dauerresultate anlangt, so befinden sich die 11 wegen Ulcus callosum Operierten vollständig wohl, von den wegen Carcinom Operierten „konnten nur 2—3% von ihrem Leiden dauernd geheilt werden". Eine Besserung dieser Tatsache kann nur dadurch herbeigeführt werden, daß das Magencarcinom im frühesten Stadium häufiger als bisher der Operation zugeführt wird.

Salzer (Wien).

Skeel, Roland E., Fibroid of the stomach with perforating ulcer, transgastric resection, recovery. (Fibrom des Magens mit Perforationsgeschwür, transgastrische Resektion, Heilung.) Americ. journal of obstetr. **67,** S. 35—36. 1913.

Bei einem unter den Symptomen eines blutenden Duodenalulcus erkrankten 48jährigen Manne fand sich ein von einem nekrotischen Hof umgebenes Fibrom der hinteren Magenwand. Da der Tumor der hinteren Magenserosa fest aufsaß, wurde nach Eröffnung der Bursa omentalis die hintere Magenwand durch eine Incision in der vorderen Magenwand hindurchgestülpt und im Bereich des Tumors reseziert. Heilung. *Hochheimer* (Berlin-Schöneberg).

Retzlaff, O., Über Fremdkörper des Darmes und Wurmfortsatzes. (*Krankenanst., Magdeburg-Sudenburg.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **83,** S. 46—55. 1913.

Retzlaff berichtet über Beobachtungen von Fremdkörpern im Darmtractus, die zu schweren Komplikationen führten. Bei einem 61jährigen Manne entstand eine Perforationsperitonitis dadurch, daß ein kleines, spitzes Emaillestückchen von 0,09 g Gewicht den Dünndarm oberhalb einer tuberkulösen Striktur durchbohrt hatte. Der Fall konnte durch die Operation nicht geheilt werden. Bei einem 35jährigen Manne fand sich in einem entzündlichen Infiltrat in der Ileocöcalgegend bei der Laparotomie eine schwarze Stecknadel, welche außerhalb des stark veränderten Wurmfortsatzes lag, und vor 19 Jahren verschluckt war. Heilung. Bei einer 31jährigen Frau, die wegen rezidivierender akuter Appendicitis operiert wurde, entleerte sich bei der Laparotomie aus der Perforation der Appendix ein Glied von Taenia solium. Verf. stellt diese Beobachtungen den in der Literatur niedergelegten kurz gegenüber und berichtet zum Schluß über einen Fall, in dem bei einem 12jährigen Mädchen eine Tasse voll zugespitzter, hölzerner Schuhnägel per vias naturales abging. Die Fremdkörper hatten keine erheblichen Störungen seitens des Darmtractus hervorgerufen. *Nordmann* (Berlin).

Patek, Rudolf, Ein Fall von primärem Sarkom des Dünndarms. (*K. k. Krankenh. Wieden, Wien.*) Zentralbl. f. Gynaekol. **37,** S. 414—417. 1913.

Bitot, Emile, et Pierre Mauriac, Hématémèses par artériosclérose gastrique. (Blutbrechen infolge von Arteriosclerose des Magens.) Gaz. des hôp. **86,** S. 469—471. 1913.

Abadie, J., Sur les perforations multiples tuberculeuses de l'intestin. (Multiple, tuberkulöse Darmperforation.) Presse méd. **21,** S. 148. 1913.

Bei einem im Zustande hochgradiger Kachexie aufgenommenen Kranken fanden sich bei der wegen Ascites vorgenommenen Punktion des Bauches mehrere Liter kotiger Flüssigkeit, ohne daß irgendwelche Erscheinungen einer Peritonitis vorlagen. Die später vorgenommene Laparotomie ergab ebenfalls reichlich kotige Flüssigkeit, die von 2 tuberkulösen, durchgebrochenen Dünndarmgeschwüren herrührte. Die gesamten Darmschlingen waren in einem Knäuel vielfach verwachsen gegen die Wirbelsäule gedrängt. *Strauß* (Nürnberg).

Chevrier, Un cas de perforation intestinale d'origine paratyphique. Opération. Guérison. (Operierter und geheilter Fall von Durchbruch des Dünndarms bei Paratyphus.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 303—308. 1913.

Ein einige Tage leichtkranker 44jähriger zeigte plötzlich schwere Erscheinungen akuter Bauchfellentzündung. Chevrier fand am bloßgelegten Dünndarme geschwollene Peyersche Plaques und dicht am Dickdarm ein scharfrandiges Darmwandloch. Die Bauchhöhle wurde seitlich drainiert, die Schlinge vorgelagert. An ihr nach einigen Tagen ein neuer Durchbruch. Schließlich Heilung; Schluß der Darmfisteln durch mehrere Nachoperationen. Serodiagnose:

Paratyphus. Übernähung der geplatzten Geschwürsstelle und Wiederversenkung schützen nicht vor weiteren Geschwürsdurchbrüchen. Schwartz befürwortet daher, trotz der Notwendigkeit von Nachoperationen, die Vorlagerung. Vielleicht empfiehlt es sich, nach einigen Tagen die vorgelagerte Schlinge mit dem Glüheisen abzutragen und den Sporn abzuquetschen, damit aus dem Kunstafter eine Darmfistel wird, die sich von selbst schließen kann.

Georg Schmidt (Berlin).

Wurmfortsatz:

Williams, A. W., Modern treatment of acute appendicitis. (Neuzeitliche Behandlung akuter Appendizitis.) Milit. surgeon **32**, S. 86—90. 1913.

Aldous, George F., Some notes on the surgery of the appendix vermiformis. (Einiges über Appendixchirurgie.) St. Bartholomew's hosp. journal **20**, S. 97—98. 1913.

Verf. zieht bei Fettleibigen und beim Verdacht auf schwere Verwachsungen den Pararectalschnitt vor, im übrigen den Wechselschnitt. Abscesse sollen drainiert werden, wenn sie mehr als einen Eßlöffel (1/2 Unze) Eiter enthalten, sonst primär geschlossen werden.

zur Verth (Kiel).

Ssobolew, L. W., Zur Frage über die Folgen der Unterbindung des Wurmfortsatzes beim Kaninchen. Arch. f. mikr. Anat. **81**, S. 377—380. 1913.

In Fortsetzung früherer Arbeiten (Arch. f. mikr. Anat. **62**, 1903) unterband Verf. bei fünf neugeborenen, noch nicht gesäugten Kaninchen den Wurmfortsatz und schloß ihn damit funktionell aus. Nach Tötung der Tiere nach Verlauf von 50 bis 572 Tagen nach der Unterbindung wurde festgestellt, daß der Darmkanal der operierten Tiere an Länge und Umfang den von Kontrolltieren aus demselben Wurf übertrifft. Die Erklärung dafür sucht Verf. in einer Herabsetzung der verdauenden Kraft des Darmkanals. Das Tier versucht diese Herabsetzung durch Fressen einer größeren Menge von Nahrung zu kompensieren. Dies führt aber zur Vergrößerung der Darmschleimhautfläche und damit zu größerer Flächenausdehnung des Darmrohres. Im Bau der Darmwand, sowie in der Zahl und Größe der lymphatischen Bildungen wurden Unterschiede nicht bemerkt. *zur Verth* (Kiel).

Biatokur, Fr., W sprawie wyczuwalności wyrostka robaczkowego. (Über die Tastbarkeit des Wurmfortsatzes.) Gazeta lekarska **10**, S. 249—253. 1913. (Polnisch.)

Verf. ist der Ansicht, daß man sehr oft den normalen Wurmfortsatz durch die Bauchwand tasten kann, und betont, daß dies noch leichter bei Appendicitis acuta und chronica vorkommt, wo die Wand des Appendix durch Entzündung der Schleimhaut, Kotstein, Fremdkörper oder Erosion viel härter ist. Je länger der Entzündungsprozeß dauert, desto leichter kann man die Appendix fühlen. Auffallend ist die Häufigkeit der chronischen Appendicitis bei Tuberkulösen, wo zur Operation nur die Abtastung des Wurmfortsatzes geführt hat. *Ehrlich* (Warschau).

Znojemsky, Příspěvek ku pathologii zánětů, nádoru a divertikulů červů. (Beitrag zur Pathologie der Entzündung, der Geschwülste und Divertikel des Wurmfortsatzes.) (*Tschechische chirurg. Klin. des Prof. Dr. Kukula.*) Sborník lékařsky **13**, S. 275—383. 1912. (Tschechisch.)

Von etwa 1000, seit dem Jahre 1904 operierten Fällen, wurden im ganzen 120 und zwar 60 Fälle, die im Stadium akuter Entzündung, 40 Fälle, die während des freien Intervalls operiert waren, und 20 Fälle, die prophylaktisch exstirpiert wurden, einer genauen histologischen Untersuchung unterzogen. Das Ergebnis der Untersuchung dieser letzten 20 Fälle, scheinbar ganz normaler Wurmfortsätze, kann unter Berücksichtigung der Trennung artefakter und pathologischer Befunde dahin zusammengefaßt werden, daß man überhaupt irgendeinen reinen Typus eines normalen Organs nicht genau feststellen könne, und demnach gezwungen sei, jeden Wurmfortsatz, sofern wir in demselben nicht pathologische Veränderungen finden, die sich sehr gut aus einem überstandenen Anfalle irgend einer Art erkennen lassen, als normalen anzusprechen. Bei der genauen Analyse dieser prophylaktisch 20 exstirpierten Wurmfortsätze konnte sichergestellt werden, daß teils harte Koprolithen, Oxyuris, Ascaris, weicher Inhalt, halbharte Steine, Pflanzenreste, Gallensteinchen, viel Schleim sich im Lumen vorfand. Das Ergebnis der histologischen Untersuchung der im akuten Stadium exstirpierten Wurmfortsätze, stimmt mit den Befunden, die Aschoff als primär Infekte bezeichnet, vollkommen überein und führen diese Primärinfekte zu

verschiedenen Bildern der Appendicitis ulcerosa, intermuraler Abzeßbildung, Appendicitis ulcerosa gravis (Aschoff) mit verschieden tiefer und ausgedehnter Nekrose der Wand des Fortsatzes. Klinisch ergeben sich keine ausreichend typischen Bilder, um daraus auf ein bestimmtes Stadium der Entwicklung einen Schluß ziehen zu können. Besonderes Interesse erregen die Fälle, die unter dem Namen „Fehldiagnose" klinisch sehr schwere Symptome aufweisen, bei der histologischen Untersuchung aber vollständig normale Befunde darbieten, auch nicht eine Spur einer entzündlichen Affektion, frischen oder älteren Datums erkennen lassen. — Die Blutaustritte verschiedener Lokalisation konnten auf mikroskopischem und mikrochemischem Wege teils einerseits als artifizielle Effekte, während der Operation entstanden, teils als Folge, resp. Begleiter des Entzündungsprozesses sichergestellt werden. Die bislang strittige Bedeutung der Koprolithen für die Entstehung oder Entwicklung der akuten Appendicitis wird ganz im Sinne Aschoffs, Sprengels u. a. nicht als direkt, sondern nur indirekt durch die hervorgerufene Stagnation der Sekrete wirkende Ursache gedeutet. Die Befunde namentlich bei der rezidivierenden Appendicitis nötigen zur Annahme, daß die sog. chronischen Appendicitiden nichts anderes darstellen als reparatorische Vorgänge — des Heilungsprozesses — nach akuten Anfällen. Jeder neue Prozeß kann immer dort wieder beginnen, wo im Organ entweder noch normale Schleimhaut zurückblieb oder dort, wo die Schleimhaut wieder hergestellt und mit neuem Epithel gedeckt ist, demnach nur eine leichte Entzündung überstanden hat. Niemals fand Znojemsky einen neuen primären Infekt an Orten, wo die Schleimhaut durch eine fibröse Narbe ersetzt war, oder wenigstens durch Granulationsgewebe.

Anschließend wird über einen operierten Fall eines auf fötaler Grundlage entstandenen kleinen Myxoms an der mesenterialen Seite des Appendix berichtet, dessen mikroskopische Untersuchung erkennen ließ, daß die myxomatöse Gewebswucherung ganz ähnliche Zellbildungen aufwies, wie sie in der Nabelschnur gefunden werden. In einem 2. operierten Falle handelte es sich um eine nach der Meinung Z. ebenfalls embryonal angelegte, nach klinischem und histologischem Charakter als gutartig zu bezeichnende carcinoide Geschwulst, ausgehend von der Schleimhaut der Appendix. In beiden Fällen gaben Anfälle akuter Appendicitis Anlaß zur operativen Behandlung. — Zum Schlusse werden zwei Fälle von nicht entzündlicher sog. falscher Divertikelbildung des Wurmfortsatzes beschrieben, deren Entstehung nach der Anschauung von Munût und Aschoff als Ausstülpung der Schleimhaut durch die weniger resistenten perivasculären Spalten der Muscularis erklärt wird. Beide Fälle sind deshalb von klinischem Interse, weil die im Divertikel auftretende Entzündung zum akuten Appendicitisanfalle führte. *Pietrzikowski* (Prag).

Rheindorf, Die Wurmfortsatzentzündung ex oxyure. (*St. Hedwigs-Krankenh., Berlin.*) Med. Klinik. 9, S. 53—57, 96—99, 133—136 u. 177—178 1913.

Oxyuren lassen sich in einem überaus hohen Prozentsatz im erkrankten Kinderwurmfortsatz nachweisen (bei exstirpierten Wurmfortsätzen nahezu 50%, bei Sektionen 37%). Auch bei Erwachsenen kommen sie gelegentlich vor. Der Schwerpunkt ist bei derartigen Untersuchungen darauf zu legen, daß in diesen exstirpierten Wurmfortsätzen tatsächlich Veränderungen gefunden werden, die auf die Tätigkeit der Würmer zurückgeführt werden müssen. Auch das aufgeschnittene Organ läßt nôch ausgezeichnete und zuverlässige Untersuchungen zu. Diese Veränderungen bestehen in vielfach oberflächlichen Defektbildungen in der Tiefe der Schleimhautbuchten. Auf Serienschnitten läßt sich nachweisen, daß diese Defektbildungen vielfach in spaltförmige oder auch totale Zerstörungen des Lymphknötchensapparates übergehen. In den Defekten und Gängen werden Oxyuren gefunden. Diese Defekte, wie die Gänge sind von den Oxyuren veranlaßt. Bei sorgfältiger Untersuchung auf ähnliche Veränderungen wird der Prozentsatz der sogenannten „normalen" exstirpierten Wurmfortsätze erheblich sinken. In derartig veränderten Wurmfortsätzen lassen sich häufig sekundäre Entzündungen teils oberflächlicher, teils tiefer Ausdehnung nieder. Im Gegensatz zu Aschoff machen die Befunde es wahrscheinlich, daß es ein primär ulceröses Stadium der Wurmfortsatzentzündung und zwar ein durch Oxyuren hervor-

gerufenes gibt, daß ferner auch von Appendicitis catarrhalis superficialis im pathologisch-anatomischen Sinne gesprochen werden kann. Die Oxyurenträger können also von Zeit zu Zeit an Blinddarmentzündungen erkranken. Wird die Appendektomie ausgeführt, so findet man bei den Fällen ohne Fieber einfache Defekte ohne oder ohne nennenswerte Entzündungen, bei den Fällen mit Fieber Defekte mit Entzündungen nebst einer diffusen Oberflächenentzündung. Auch bei hochgradigen Schleimhautunterwühlungen können alle Krankheitszeichen fehlen. Vielleicht liegt darin die Erklärung für die äußerst schnell einsetzende Bauchfellentzündung der Kinder, die morgens noch gesund zur Schule gehen, mittags noch auf der Straße herumspielen und abends schon perforative Peritonitis haben, vielleicht auch für die vielfach auf Adnexerkrankungen zurückgeführte eitrige oder jauchige Bauchfellentzündung kleiner Mädchen. Für die nicht zur Entzündung führenden Veränderungen muß eine gewisse Gewöhnung des Gewebes an die Parasiten angenommen werden. Da sich bei Kindern Wurmfortsatzentzündungen mit Vorliebe an Infektionskrankheiten anschließen, ist an die Möglichkeit zu denken, daß erst die durch eine Infektionskrankheit geschwächte Konstitution des kindlichen Organismus dem Parasiten seine epithelzerstörende Wirkungsweise ermöglicht, die dann die Vorbedingung für eine sekundäre Infektion mit Mikroorganismen abgibt. Eine Wurmkur kann in solchen Fällen ein sehr zweischneidiges Schwert sein. Doch ist die Bekämpfung der Oxyuriasis durch Aufklärung und in der Praxis durch rationelle Wurmkuren am Platze. (Zahlreiche Abbildungen mikroskopischer Befunde). *zur Verth* (Kiel).

Derganc, Franz, Appendectomia subserosa. Epikritische Bemerkung zu dem Artikel von S. Kofmann. (*Landesspit., Laibach.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 271. 1913.

Die von Kofmann empfohlene Ausschaltung des Wurmfortsatzes (Zentralbl. f. Chir. H. 50. 1912) wird zurückgewiesen. Wenn der Wurmfortsatz in eine schwer entwirrbare Adhäsionsmasse eingebettet ist, kann man seine Serosa je nach Zugänglichkeit an der Basis oder an der Spitze zirkulär oder longitudinal spalten und den Wurm wie einen Finger aus dem Handschuh langsam unter Zurückstreifung der verwachsenen Serosa mit einem Tupfer herausziehen. *zur Verth* (Kiel).

Graham, James M., Primary cancer of the vermiform appendix. (Primärer Krebs des Wurmfortsatzes.) Edinburgh med. journ. **10,** S. 30—41. 1913.

Von 172 aus der Literatur zusammengestellten Fällen von Krebs des Wurmfortsatzes sind nur 20 bei Autopsien, alle übrigen durch Operation gewonnen. Die Ursache dafür ist einmal die Häufigkeit von appendizitischen Erscheinungen beim Wurmfortsatzkrebs, die zur Exstirpation führen, auf der andern Seite die geringe Größe der Tumoren, die sie oft übersehen lassen. 95 von 160 Fällen gehörten dem weiblichen, 65 dem männlichen Geschlecht an. Das Lebensalter schwankt von 5 bis zu 81 Jahren. Als Durchschnittsalter ergaben sich 30 Jahre. Kotsteine waren nur in neun Fällen vorhanden. Die Geschwulst saß in 64,3% der Fälle am oder nahe am freien Ende des Wurmfortsatzes, in 10% an der Basis in 19,2% in der Kontinuität und in 6,2% diffus über dem ganzen Wurmfortsatz. Bei weitem der größte Teil der Krebse (73,8%) zeigte rundliche Zellen; in der zweiten großen Gruppe (18%) fanden sich Zylinderzellenkrebse, Adenocarcinome und Adenokolloide. Hinzu kommen bei 5,8% Übergänge von der einen zur anderen Gruppe und 2,3% rein kolloide Formen. Das Durchschnittsalter der Sphäroid-Zellen-Krebsträger war 27,2 Jahre, der Adenocarcinomkranken 39,5, der Kranken mit Übergangsformen 29,8 der Kolloid-Krebsträger 44,7 Jahre. Die beim höheren Lebensalter gefundenen Formen (Adenocarcinome und Kolloidkrebse) zeigten bei weitem die größere Bösartigkeit. Coecumkrebs scheint nur selten vom Appendix auszugehen.

Verf. untersuchte 6 operativ gewonnene Wurmfortsatzkrebse, von denen vier bei einem Eingriff wegen appendicitischer Beschwerden entfernt waren. Dreimal wurde die Krebsgeschwulst bei der Operation entdeckt, dreimal beim Aufschneiden des Wurmes. Sämtliche Kranken waren unter 30 Jahre alt. Die Geschwulst saß viermal an oder nahe der Wurmspitze, zweimal im mittleren Drittel. Alle Geschwülste hatten eine charakteristische gelbliche Farbe, die auf einen fettigen Degenerationsprozeß mit Vakuolenbildung zurückgeführt wird. Geschwollene Lymphdrüsen und Metastasen fanden sich nicht. Eine Obliteration scheint der Entstehung des Krebses vorauszugehen. Da sie als Entzündungsfolge anzusehen ist,

tritt auch der Krebs in nahe Beziehungen zur chronischen Entzündung. Er kann hinwieder neue akute oder chronische Entzündungs-Schübe veranlassen. Die Häufigkeit entzündlicher Veränderungen am Wurmfortsatz im jugendlichen Alter erklärt das geringe Lebensalter der Appendix-Krebskranken. Die Zellen zeigten bei allen 6 Fällen sphäroidale Form, bei dreien lagen Übergänge zum Adenocarcinom vor. *zur Verth* (Kiel).

Dickdarm und Mastdarm:

González, C., Colitis ulcerosa curada por apendicostomia. (Colitis ulcerosa durch Appendicostomie geheilt.) Rev. méd. de Sevilla **60**, S. 79—83. 1913. (Spanisch.)

Kasuistische Mitteilung.

Delfino, E. A., Über eine peripankreatische zwischen den Blättern des Mesocolon transversum entstandene Cyste. (*Inst. f. spez. chirurg. Pathol., Univ. Genua.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121**, S. 280—297. 1913.

Die Cyste wurde bei einem 48jährigen Manne beobachtet und hatte die Größe des Kopfes eines Erwachsenen. Die Diagnose konnte vor der Operation gestellt werden aus den Beziehungen des Tumors zu seinen Nachbarorganen, aus dem Ergebnis der exakten Untersuchungen des Stuhles und des Urins, welche eine normale Funktion der Bauchspeicheldrüse annehmen ließen. Bei der histologischen Untersuchung der Cystenwand fand sich keine Epithelauskleidung, bei der chemischen des Cysteninhaltes kein Ferment. Delfino nimmt daher an, daß es sich um eine Cyste handelt, die nicht vom Pankreas ausgeht und wahrscheinlich die Folge eines Traumas ist, das der Patient im 17. Lebensjahr erlitten hat (ein Marmorblock war auf ihn gefallen). Vernähung der Cyste mit der Bauchwand und nachfolgende Drainage führte zur Heilung. Bemerkenswert ist, daß der Patient an starkem Hautjucken litt, welches nach der Operation verschwand. Literaturverzeichnis. *Moszkowicz* (Wien).

Murray, R. W., Diverticula of the large intestine. (Divertikel des Dickdarms.) Liverpool med.-chirurg. journal **33**, S. 136—139. 1913.

Verf. teilt folgenden, selbst operierten Fall mit: 67jähriger Mann erkrankte plötzlich mit heftigen Schmerzen in der linken Seite des Leibes und mit Erbrechen; erst 3 Tage später Aufnahme in das Krankenhaus, wo eine Appendicitis angenommen und sofort laparotomiert wurde; im Abdomen bräunliche Flüssigkeit; Appendix nicht gefunden; Drainage der Bauchhöhle, Exitus. Die Sektion ergab Perforation eines Divertikels des Dickdarms; im absteigenden Kolon, speziell dem des kleinen Beckens, zahlreiche Divertikel; das Kolon selbst enthielt Faeces, welche dem Kaninchenkot ähnelten.

Murray verweist auf die vorzügliche Schrift des Dr. Maxwell Tilling in „The Lancet of March 21, 1908," welche von erworbenen Divertikeln der Flexura sigmoidea handelt. Nach des Verf. Meinung werden die Divertikel von den Chirurgen nicht genügend gewürdigt, die häufiger vorkommen als allgemein angenommen wird; erst während der letzten 5 Jahre sind sie Gegenstand aufmerksamerer Beobachtung. Sie sind angeboren oder erworben und kommen im Dünn- und Dickdarm vor. Die des Dickdarms und besonders der Flexur finden sich häufig bei älteren Leuten, müssen also wohl erworben sein; hierfür wird das Alter und die Obstipation verantwortlich gemacht. Das klinische Bild kann sehr verschieden sein; entzündliche strikturierende Tumoren des Dickdarms, die man makroskopisch für Carcinom gehalten hat, sind häufig entzündete Divertikel. Zum Schluß stellt er folgende Leitsätze auf: 1. Linksseitige Appendicitissymptome bei älteren Leuten sind wahrscheinlich durch entzündete Divertikel hervorgerufen. 2. Auf dieselbe Ursache zurückzuführen sind eine große Anzahl Fälle von Perforations-Peritonitis älterer Leute. 3. Stuhlentleerungen, vermischt mit kaninchenkotähnlichen Massen (rabbit „Droppings") sind ein sicheres Zeichen des Vorhandenseins von Divertikeln im Dickdarm. *Rothfuchs* (Hamburg).

Grégoire, R., et Pierre Duval, Deux cas de mégacôlon, traités par la colectomie. (2 Fälle von Megakolon, behandelt durch Kolektomie.). Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 2—15. 1913.

1. Fall: 50jähriger Pat. wurde am 1. Oktober 1912 mit Ileuserscheinungen und geistigen Störungen aufgenommen. Vor einem Jahre war wegen Okklusionsileus eine Laparotomie ohne Anlegung eines künstlichen Afters ausgeführt worden. Nach kurzer Zeit wurde die Pat. wieder aufgenommen wegen eines seit 4 Tagen bestehenden Darmverschlusses. Es wurde eine Appendikostomie angelegt. Pat. erholte sich, die Appendixfistel wurde geschlossen und es bestanden

nur noch geringe Beschwerden, als bei der Pat. psychische Störungen auftraten, so daß sie nach einer Irrenanstalt verlegt werden mußte. Es bestanden Verwirrungszustände, Halluzinationen und Verfolgungsideen. Da die Bauchsymptome, asymmetrische linksseitige mächtige Auftreibung mit starker Peristaltik bei völliger Obstipation ohne besondere Störungen im Allgemeinzustande, von Tag zu Tag zunahmen, wurde die Pat. auf die chirurgische Klinik zurückverlegt und am 8. 11. 1912 operiert (Grégoire). Es fand sich ein mächtig dilatiertes und hypertrophisches Colon sigmoideum, das im Sinne des Uhrzeigers um den Mesokolonfuß gedreht war. Nach genauer Orientierung wird die Schlinge reseziert, das untere Ende blind verschlossen, das obere End zu Seit in das Rectum eingepflanzt. Heilung nach 8 Tagen. — 2. Fall: 36jährige Pat., die seit ihrer Jugend an Magen- und Darmbeschwerden litt und bei der früher schon Appendikostomie und Nephropexie ausgeführt waren, kommt 1912 mit einer zunehmenden Auftreibung des Leibes (in Nabelhöhe 3,50 m Umlang) in Behandlung. Der Umfang nimmt zu und ab, je nach Stuhl- und Gasverhältnissen, niemals bestand totale Obstipation. Bei der Operation (Duval) findet sich ein totales Megakolon, nur das Coecum und die Ampulle des Rectums sind nicht beteiligt. Resektion des ganzen Dickdarmes bis auf das Coecum, das mit dem Rectum anastomosiert wird. Heilung ohne Komplikationen in 14 Tagen.

Verf. weist auf die Ähnlichkeit und Verschiedenheit der Fälle hin, während bei beiden Fällen die mächtige Auftreibung bestand, litt die 1. Pat. an absoluter Obstipation, die 2. nicht. Im 1. Falle bestand die häufiger beobachtete circumscripte Auftreibung des Colon sigmoideum, im 2. Falle eine totale Auftreibung, was sehr viel seltener beobachtet worden ist. (227: 37 Patel.) Im 1. Falle bestanden außerdem die psychischen Störungen. Im Anschluß an die Fälle wird der Wert der verschiedenen Operationsmethoden besprochen. Kolostomie und Appendikostomie sind beides nur Palliativoperationen, Kolopexie und Koloplicatio beseitigen nur sekundäre Schädigungen. Die Entero-Anastomose und besonders die Kolektomie sind zurzeit die Curativoperationen. Es folgen statistische Angaben von Duval, Tuffier, Gayet et Patel u. a. Die Gefahren der Entero-Anastomose beruhen hauptsächlich auf den in der ausgeschalteten Schlinge entstehenden Zersetzungen. Auch psychische Störungen können als Folgen auftreten, daher ist die Kolektomie die Methode der Wahl. Die Einwände Gayet et Patels gegen die Kolektomie werden widerlegt. Verf. macht noch einige Angaben über die Technik und die Frage der ein-, zwei- oder mehrseitigen Operationen.

Kleinschmidt (Leipzig).

Meyer, Oswald, Beitrag zur Entstehung und Verhütung der Hirschsprungschen Krankheit. (*Poliklin. f. inn. Krankh. [Prof. F. Klemperer] u. Kinderkrankenh. [Dr. Oswald Meyer], Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 416—419. 1913.

Nach kurzer Berührung der Literatur beschreibt Verf. einen von ihm beobachteten Fall von beginnender Hirschsprungscher Krankheit.

10 Monate altes bis dahin gesundes Kind erkrankte plötzlich mit Erbrechen, Stuhlverhaltung, Auftreibung des Leibes und deutlich sicht- und fühlbarer Darmsteifung des Colons. Daneben Erscheinungen von Spasmophilie. Nach Luftfüllung des Colons konnte eine erhebliche Erweiterung des Colon descendeus und transversum und an der Flexur eine etwa 6 cm lange stark verengte Stelle nachgewiesen werden, die auch bei Kontrolluntersuchungen sich immer wieder fand und als spastische Kontraktur gedeutet wurde. Durch Verabreichung von Belladonna und Opium neben entsprechender Diät wurde der Spasmus im Laufe einiger Monate beseitigt und das Kind geheilt. *v. Tappeiner* (Greifswald).

Cunning, Joseph, A lecture on carcinoma of the colon. (Eine Vorlesung über das Dickdarmcarcinom.) Brit. med. journal **2720,** S. 328—330. 1913.

In dieser Vorlesung werden einige, meist auf die Operation bezügliche Gesichtspunkte aus der Klinik des Dickdarmcarcinoms hervorgehoben und an eigenen mit Erfolg operierten Fällen des Verf. anschaulich gemacht. Bei vollständigem Darmverschluß gibt die Anlegung einer Darmfistel — meist am Coecum — quod vitam bessere Resultate als ein Suchen nach dem Hindernis während der Laparotomie. Sicherstes Verfahren ist das Einbinden einer Kanüle nach Paul in den vorher abgeklemmten Teil des Darmes (gebogene Klemme nach Thomas Smith) behufs Anlegung der temporären Colostomie. Nicht übersehen werden sollten die charakteristischen Erscheinungen der zunehmenden Darmstenose durch den schrumpfenden und geschwürig zerfallenden Tumor (Typus: Carcinom des S.-Romanum). Kolikschmerzen mit sichtbarer Peristaltik, Abgang von Schleim und Blut bei häufigem Stuhldrang führen meist auf die richtige Diagnose, obwohl es Verwechslungen mit chronischer Appendicitis, Darmtuberkulose, Invagination u. a. m. gibt. Indessen deckt besonders die Erscheinung von Darmsteifungen stets ein operativ anzugreifendes Hindernis auf. Die ge-

fährliche Operation der sofortigen Resektion des Tumors soll nur bei günstigem Zustand des Darms vorgenommen werden; andernfalls ist die Anlegung einer Darmfistel möglichst weit von der Gegend der späteren Radikaloperation vorzuziehen. Unbewegliche Geschwülste können durch irgendeine Enteroanastomose ausgeschaltet werden; manchmal ist aber eine definitive Colostomie unausweichlich. Unter Umständen ist es auch geboten, bewegliche Tumoren zu resecieren, bei denen Drüseninfektion eine radikale Operation unmöglich macht, statt das Abdomen unverrichteter Dinge zu schließen. Die Größe einer Dickdarmresektion schreckt heute nicht mehr, da auch der ganze Dickdarm nötigenfalls entbehrlich wäre. Die günstigsten Verhältnisse bezüglich der Gefäßversorgung des Darms und der zu entfernenden Lymphbahnen bieten Coecum und Colon ascendens. Bei der axialen Colostomie läßt Verf. den Darm auf einer durch Vernähung der Bauchdecken in der Mitte des Laparotomieschnittes gebildeten Brücke reiten. *Fieber* (Wien).

Chardom, Joseph, La tuberculose ano-rectale. (Die Tuberkulose des Anus und des Rectums.) Rev. internat. de la tubercul. **23,** S. 85—93. 1913.

Verf. bespricht zuerst eingehend die Geschichte und die Literatur der tuberkulösen Strikturen des Rectums, die bis in die 90er Jahre für luetische gehalten wurden. Die Tuberkulose und der Krebs des Rectums finden sich beim Mann häufiger, die gonorrhoischen und luetischen Erkrankungen häufiger bei Frauen, was auf den häufig vorkommenden Coitus per Anum einerseits, das seltene Vorkommen der Päderastie andererseits zurückzuführen ist. Die Tuberkulose des Rectums tritt meist unter dem 30. Lebensjahre auf. Als Ausgangspunkt der Infektion sind anzusehen: 1. Eine krankhaft veränderte Schleimhaut. Die Bacillen siedeln sich entweder auf dysenterischen Geschwüren an (der häufigste Fall) oder sie finden an der durch gonorrhoische oder luetische Vorgänge geschädigten Schleimhaut eine Eingangspforte. 2. Das Übergreifen der Tuberkulose von der Nachbarschaft aus (Tuberkulose der Prostata, der Samenblasen, des knöchernen Beckens). 3. Können traumatische Schädigungen der Rectumschleimhaut das Eindringen der Bacillen ermöglichen, so: Fissuren, ferner Erosionen, entstanden durch zu lang zurückgehaltenen Stuhl; schließlich Wunden, die bei Operationen der Analportion (Hämorrhoiden, angeborene Stenosen, Fissuren) gesetzt werden. Vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus muß man zwischen der Tuberkulose des Rectums und der des Anus unterscheiden. Erstere kann in Form einer zylindrischen Stenose auftreten; diese Stenosen finden sich an jenen Stellen, an denen es zu einer Stagnation des Stuhles kommen kann, wie ja auch im Dickdarm das Coecum, die Flexura hepatica, linealis und sigmoidea die Prädilektionsstellen der tuberkulösen Erkrankung sind, und die Theorie der Entstehung auf traumatischer Basis stützen. Die Strikturen sind meist mit dem Finger erreichbar, stellen selten bloß einen circulären Ring dar, sondern meist einen zylindrischen Kanal von mehreren Zentimetern Länge. Anfänglich sind sie für den Finger passierbar, können sich aber später so verengern, daß nur eine Urethralbougie durchgeht. Eine völlige Atresie wurde nie beobachtet. Oberhalb der Stenose ist der Darm erweitert, hier finden sich die spezifischen Ulcerationen. Es gibt ferner Formen, bei denen es nicht zu einer circulären Stenose, sondern zu einer partiellen Infiltration der Darmwand kommt. Histologisch kann man feststellen, daß es sich bei der Tuberkulose des Rectums um eine langsam fortschreitende chronische Entzündung handelt, die in einer fibrinösen Umwandlung endigt. Der Ausgangspunkt des Prozesses ist oberflächlich und besteht in einer Ulceration der Schleimhaut; die tiefe Infiltration der Darmwand ist eine sekundäre. Die Tuberkulose des Rektums ist also eine Tuberkulose des Epithels, ebenso wie die des Anus. Letztere tritt entweder in der typischen Form eines Lupus oder in verrucöser und ulceröser Form auf. Klinisch findet sich die ulceröse Form der Rectumtuberkulose meist bei allgemeiner Tuberkulose des Darmes und bietet dieselben Symptome. Die stenosierende Form tritt auch ohne allgemeine Tuberkulose des Darmes auf. Anfangs zeigen sich dann die Symptome einer chronischen Proktitis; beim Touchieren findet sich eine Proliferation der Schleimhaut. Später treten die Erscheinungen der Stenose auf: Diarrhöen abwechselnd mit Obstipationen, die dann zu blutigen Stühlen führen. Es findet ein Erythem der perianalen

Gegend statt; beim Touchieren konstatiert man, daß die Schleimhaut fixiert, das Darmrohr starr und für den Finger nicht passierbar ist. Die tuberkulöse Stenose hat die Tendenz nach oben fortzuschreiten; dieses Fortschreiten nach oben, einhergehend mit zunehmenden Blutungen sind die spezifischen Symptome der ausgebildeten tuberkulösen Rectumstenose. *Körbl* (Wien).

Leber- und Gallengänge:

Pujol, Abcès du foie et de la paroi abdominale à paratyphique B. (Leber- und Bauchdeckenabsceß, Infektion mit Paratyphus B.) (*Laborat. de bactériol., univ. de Toulouse.*) Prov. méd. **26,** S. 27—28. 1913.

Excision im Gesunden mit Leberresektion. Heilung. Vorher bestehende Durchfälle verschwanden. Infektionsmodus unklar, ob vom Darm aus oder auf dem Blutwege. *Magenau.*

Chauffard, A., Abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches. Guérison rapide par l'émétine. (Schnelle Heilung eines dysenterischen, in die Bronchien durchgebrochenen Leberabscesses durch Emetin.) Bull. méd. **27,** S. 185—187. 1913.

21jähriger bis dahin gesunder Mann erkrankt August 1911 während des Feldzugs nach Fez an mittelheftiger Dysenterie bei 30maligen Blut und Schleim enthaltenen Stühlen täglich. In Oran mit antidysenterischem Serum und Höllensteinklistieren behandelt; nach bedeutender Besserung während eines Aufenthalts in Frankreich tritt in Afrika erneuter Anfall, weswegen 50 Tage in Hospitalbehandlung. Juni 1912 kehrt er abgemagert und schwach nach Hause zurück. Eines Morgens entleert er plötzlich durch Hustenstoß etwas braungefärbten Eiter, der am folgenden Tage abundant zunimmt und mehr weniger stark seitdem andauert. Beim Eintritt ins Krankenhaus, Klinik St. Antoine, Paris, ist Pat. blaß, abgemagert, Leber 4 Querfinger breit den Rippenbogen überschreitend, glatt, nicht schmerzhaft, r. Lunge hinten unten gedämpft, Atemgeräusch aufgehoben, einzelne feine Rasselgeräusche. Sputum 500 ccm in 24 Stunden, braun bis rot. Röntgendurchleuchtung ergibt: r. Zwerchfellhälfte unbeweglich; äußere Grenze scharf, die innern zwei Drittel vermischen sich mit dreieckigem Schatten, dessen Spitze sich schräg nach oben links zum Hilus hinzieht. Kein umschriebener Hohlraum erkennbar, keine Flüssigkeit im Pleuraraum. Blutkörperchen rote 4,7 Millionen, weiße 49 000, polynucleäre 77%. Rectoskopischer Befund: Strake Rötung der Rectalschleimhaut; fünf centimesstückgroßes Ulcus im Rectum; weiter aufwärts, 10 cm vom Anus entfernt, Narbensaum und Beginn einer Stenose. Unter Dermatolbehandlung des Mastdarms bessert sich bei Ruhe und Diät der Allgemeinzustand, doch bleiben Stühle, Auswurf an Häufigkeit und Menge vermehrt, Temperatur abendlich bis 38°. Bevor Chauffard sich zur Vornahme eines chirurgischen Eingriffs entschloß, versuchte er die von dem englischen Arzt in Indien, Rogers, erprobte Medikation mit Ipecacuanha in hohen Dosen, mit Hilfe dessen jener seit 1907 die dysenterische Leberentzündung außerordentlich günstig beeinflußt und vor Übergang in Eiterung bewahrt hatte. Das wirksame Prinzip des Ipecacuanha, Emetin als salzsaures Salz, tötet die Erreger der tropischen Dysenterie, die Amöben, in Verdünnung von 1 : 10 000 augenblicklich; die subcutanen Injektionen von 1 ccm, enthaltend 1 bis 4 cg, werden 2mal täglich vorgenommen, in den beiden ersten Tagen, dann 1mal täglich während 1 bis 2 Tagen, 5—6 Einspritzungen im ganzen. Rogers hält die Wirkung des Salzes für spezifisch und belegt die endgültige Heilung durch Obduktionsbefunde. Ch. gab auch in seinem Falle 24 cg subcutan, die gut, ohne Allgemeinerscheinungen und ohne Störung des Herzen und Blutdrucks vertragen wurden. Der therapeutische Erfolg war überraschend. Der Auswurf sank von 200 ccm am 5. Tage auf drei Sputa, um endgültig zu verschwinden, die Temperatur blieb vom 2. Tage der Injektionskur unter 37°; das Blut wies nur mehr 19 800 weiße Blutkörperchen mit 63,6%, polynucleären auf, die Eosinophilen sanken von 5,4% auf 3,4%; Mastdarmgeschwüre völlig vernarbt, Röntgenbefund ergibt: Wiederherstellung der Leberkuppel, Klarheit der Lungenbasis, als Rest einen Strang, der schräg zum Hilus hinzieht, sowie Unbeweglichkeit der Zwerchfellhälfte rechts; Leber nicht mehr vergrößert, Zunahme des Körpergewichts fast 6 kg.

Es gelang also, in 5 Tagen eine seit 5 Monaten bestehende Leberbronchusfistel zu heilen. Ch. glaubt, daß das Emetin ebenso amöbotrop wirkt wie das Chinin hinsichtlich der Malariaerreger und daß die Serotherapie nur bei bacillärer Ruhr anzuwenden sei. *Frank* (Köln).

Morone, Giovanni, Per la coledocolitotomia transpancreatica. Contributo clinico e ricerche anatomiche. 1. 2. (Für die Choledochotomia transpancreatica. Klinischer Beitrag und anatomische Untersuchungen. 1. 2.) (*Clin. chirurg. operat., univ., Pavia.*) Rif. med. **29,** S. 174—178 u. 201—212. 1913.

3 Fälle von Tansini, Pavia operiert. 2 geheilt, einer starb am 18. Tage nach der

Operation an einer Synkope. Nachdem von vorne und vom Foramen Winslowii aus ein verdächtiger Tumor oder der Stein im Pankreaskopf festgestellt war und Mobilisierungsversuche von außen nicht zum Ziele geführt hatten, wurde nach Eröffnung des Peritoneums bzw. Mesotransversums an der Innenseite des senkrechten Abschnittes des Duodenums möglichst stumpf durch das meist indurierte Pankreasgewebe hindurch auf den Tumor eingegangen, während dieser durch den ins For. Winsl. eingeführten Zeigefinger möglichst nach vorne gedrängt wurde. Unter mäßiger Blutung wurde der erweiterte Ductus Choledochus unschwer gefunden und eröffnet zur Entfernung der Konkremente. Zur Drainage der Gallenwege wurde ein Gummidrain bis in den Ductus hepaticus hinaufgeschoben. Eingriff an der Gallenblase von Fall zu Fall verschieden (Ektomie, Cholecystostomie, uneröffnet in Ruhe gelassen). Nach ausführlicher Besprechung des Für und Wider der Konkurrenzoperationen bei tiefem Steinverschluß der Gallenwege — Choledochotomia transduodenalis und Choledochotomia retroduodenalis nach vorausgehender Mobilisierung von Duodenum und Pankreas — auf Grund von Literaturstudien kommt er auf Grund seiner Erfahrungen über die seither wegen angeblicher Blutungsgefahr und Möglichkeit die Ausführungsgänge des Pankreas zu verletzen, nur selten ausgeführte Choledochotomia transpancreatica zu folgenden Schlüssen: Bei Sitz des Steines in der Pars retropancreatica des Choledochus sollte diese Operation mehr als seither in Betracht gezogen werden. Bei richtiger Technik können die Gefahren (Blutung, Verletzung der Ausführungsgänge des Pankreas) vermieden werden. Den anderen Methoden gegenüber hat sie den Vorteil leichterer Ausführbarkeit in Fällen mit schweren örtlichen Veränderungen, sie ist schonend und erlaubt ohne Zusatzoperation eine gute Drainage der Gallenwege; der retroduodenalen Methode gegenüber ist sie zu empfehlen, wenn diese bei ausgedehnten entzündlichen Verwachsungen schwierig wird und besonders zu schwer zu beherrschenden Blutungen zu führen droht, und wenn der Stein als solcher oder als circumscripte Härte zu fühlen ist; der transduodenalen Methode gegenüber in den Fällen, bei denen der Stein nicht dicht neben oder in der Duodenalwand sitzt, wenn die Gallenwege stärker infiziert sind und der schlechte Allgemeinzustand des Patienten einen möglichst schonenden Eingriff fordert. Was die Ergänzungsoperationen der Choledochotomie anlangt, so ist Verf. kein unbedingter Anhänger der Cholecystektomie. Er verwirft sie bei fortgeschrittener chronischer Pankreatitis, bei großen technischen Schwierigkeiten, schwerer Infektion der Gallenwege, schlechtem Allgemeinzustand des Patienten, dann zieht er die Cholecystostomie vor oder läßt die Gallenblase ganz in Ruhe, wenn diese normal und frei von Steinen ist. *Magenau.*

Stetten, De Witt, Angulation of the junction of the hepatic and common ducts after cholecystostomy, simulating common duct obstruction. (Knickung an der Vereinigungsstelle von Ductus hepaticus und choledochus nach Cholecystostomie eine Verlegung des Choledochus vortäuschend.) Ann. of surg. **57,** S. 182—187. 1913.

Verff. hatten öfters Gelegenheit nach glatten Cholecystostomien entweder ein Persistieren der Gallenfistel oder bei Schluß derselben Gallenstauung mit Kolikschmerzen zu beobachten. Diese Erscheinungen legten den Schluß eines Steinverschlusses im Choledochus und das Übersehen dieses Zustandes während der Operation nahe.. Auf Grund eines aus diesen Gründen relaparatomierten Falles kommen die Verff. zu dem Schluß, daß es sich in solchen Fällen, wie auch in dem vorliegenden, um eine winkelige Knickung mit Klappenbildung an der Vereinigungsstelle von Hepaticus und Choledochus handle. Diese Winkelbildung wird bewirkt durch sekundäre Schrumpfung der am Parietalperitoneum fixierten Gallenblase, sowie durch die respiratorischen Zerrungen an derselben. Auf diese Weise wird dann der Galle die Abflußmöglichkeit nach dem Darm zu verlegt. Verff. bestreiten die Ansicht Kehrs, daß derartige Komplikationen bei der Cholecystostomie immer auf Fehler der Technik (starkes Hervorzerren der Gallenblase, Fixation an die Bauchhaut) zurückzuführen seien. In ihrem

Falle war die Technik einwandfrei. Auch verstehen sie sich nicht zu der prinzipiellen Verwerfung der Cholecystostomie zugunsten der Cholecystektomie, da erstere Gelegenheit biete, übersehene Steine nachträglich durch die Fistel zu entfernen. Auch gegen die ideale Cholecystostomie machen sich gewichtige Bedenken geltend. In dem Falle der Verff. brachte die sekundäre Cholecystektomie definitive Heilung.

Burk (Stuttgart).

Pankreas:

Nagy, S., Beiträge zur Diagnose der akuten Entzündung des Pankreas. (*Med. Klin., Univ. Kolozsvar.*) Wien. klin. Wochenschr. **26**, S. 327—331. 1913.

Nagy hat in einem chirurgisch sicher gestellten Fall von posttraumatischer akuter Pankreatitis mit Fettgewebsnekrosen genaue Stoffwechselbestimmungen gemacht, die, während der ersten 14 Tage nach der Operation ausgeführt wurden. Er kommt zu folgendem Resultat: 1. arbeitet der Organismus der Kranken mit bedeutendem Stickstoffverlust; 2. fand sich die Behauptung von Katz bestätigt, daß eine Funktionsstörung des Pankreas anzunehmen ist, wenn die Fettspaltung bis unter 70% sinkt; 3. ergab sich, daß Untersuchung der tryptischen und amylolytischen Fermente ein unsicheres Verfahren und für differential-diagnostische Zwecke nicht verwertbar ist.

Dencks (Neukölln).

Galliard et Chifoliau, Un cas de pancréatite nécrosante. (Ein Fall von Pankreasnekrose.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris **29**, S. 315 bis 319. 1913.

Der Fall ist dadurch bemerkenswert, daß die Patientin dreimal, jedesmal im Wochenbett, an Koliken erkrankte, die von Ikterus begleitet waren und als Gallensteinkoliken gedeutet wurden. Nach dem dritten Wochenbett zogen sich die Beschwerden länger hin, es entwickelte sich eine Pankreatitis, welcher die Pat. trotz der Operation erlag. *Jung* (Straßburg).

Nebennieren:

Landau, M., Zur Entwicklung der Nebennierenrinde. (*Pathol. Inst., Freiburg i. B.*) Deutsche med. Wochenschr. **39**, S. 300—304. 1913.

Die menschliche Nebenniere unterscheidet sich von der tierischen durch ihren großen Windungsreichtum und durch die mächtige Entwicklung des Rindengewebes um die Markvenen. Auch das stärkere Wachstum des Organs in der ersten Fötalzeit, die Furchungsprozesse und die „Degeneration der inneren Rindenschicht post partum" sind Charakteristica der menschlichen Nebenniere. Durch die Furchungsprozesse und die Degeneration kommt der Windungsreichtum des Organs zustande, durch den die innere Oberfläche und somit auch die Kontaktfläche mit dem Mark vergrößert wird. Diese Tatsache dürfte für die Beziehungen Rinde—Mark von Bedeutung sein. *Wiesel.*

Min, E., De l'insuffisance surrénale. (Über Nebenniereninsuffizienz.) Belgique méd. **20**, S. 75—78. 1913.

In dieser Arbeit gibt der Autor ein Referat über das Symptomenbild der Nebenniereninsuffizienz für den Praktiker. Die antitoxische und angiotonische Funktion der Nebenniere kommt der Marksubstanz derselben zu. In Fällen von Blutung in die Drüse oder von Infektionskrankheiten, dann auch bei der Chloroformnarkose (nach Naomè-Tunis auch bei der Seekrankheit und der Tuberkulose) kann es zum Versagen dieser Funktionen kommen — zur Insufficientia suprarenalis, die in einer chronischen (Mattigkeit), akuten und ganz stürmischen Form auftreten kann. Bei letzterer tritt plötzlicher Tod ein, die akute Form (häufig beim Typhus) kennzeichnet sich durch Herzschwäche, fadenförmigen, elenden Puls, unregelmäßige Herzaktion, unternormale Temperaturen, Brechen, Kollaps und Koma, bis in einigen Tagen der Tod eintritt. Ein wichtiges, leider seltenes Symptom ist die Linea suprarenalis, ein einige Minuten dauernder weißer Strich, der entsteht, wenn man mit einem Stift über die Haut fährt. Die Kenntnis dieser plötzlichen Todesarten ist wichtig für den Gerichts-, aber auch den praktischen Arzt. Zur Behandlung empfiehlt sich die rechtzeitige Verabreichung von Nebennierensubstanz (Vorsicht bei Myokarditis!) in Form der frischen Hammeldrüse, von Tabletten (à 0,30 Carion et Hallion) oder der Adrenalinlösung in Tropfenform (2—4,

5 mal tägl.) oder in physiologischer Kochsalzlösung. Prophylaktisch gibt Delbet 0,6 mg Adrenalin vor jeder Chloroformnarkose und 0,4 mg in den ersten 24 Stunden danach. *Streißler* (Graz).

Marie, A., Glandes surrénales et toxi-infections. Note 3. (Nebennieren und toxische Infektionen.) Cpt. rend. hebdom. d. séanc. de la soc. de biol. **74**, S. 221—223. 1913.

Die synthetischen Nebennierenpräparate haben alle noch in starken Verdünnungen eine neutralisierende Wirkung auf Tetanus- und Diphtheriegift. Es ist schwer, diese Verhältnisse beim Kaninchen experimentell zu studieren, weil dieses Tier gegen die Toxine wie gegen die Nebennierenpräparate außerordentlich empfindlich ist. Bei der Neutralisierung handelt es sich um eine direkte Kontaktwirkung der Alkaloide und des Toxins. Ein neutrales Toxinadrenalingemisch schützt in vivo nicht gegen eine einzige tödliche Toxindosis. Jedoch besteht die Möglichkeit, daß das bakterielle Toxin auf nervösem Wege die Tätigkeit der Nebennieren reizt. Bei der Diphtherie ist diese Annahme besonders wahrscheinlich. Die akute Herzschwäche bei der Diphtherie ist vielleicht eine Folge von Nebenniereninsuffizienz. Man müßte sie dann mit Adrenalinpräparaten erfolgreich bekämpfen können. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Harnorgane:

Juvara, E., Appareil urinaire, vices de conformation. Uretère droit double, l'uretère supplémentaire s'abouchant à la vulve, à droite de l'orifice urétral. (Harnapparat. Mißbildungen. Doppelter rechter Ureter. Der überzählige Ureter mündet in der Vulva, rechts vom Orific. urethrae.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 100—103. 1913.

14jähr. Mädchen. Der überzählige Ureter entleert nur wenig Urin, entspringt dicht unter dem Nierenbecken aus dem zur Blase führenden Ureter, wird durch einen Ureterkatheter kenntlich gemacht exstirpiert, der gequetschte Stumpf mit Catgut unterbunden und jodiert. Naht der Wunde. Heilung. *Magenau* (Stuttgart).

Nogier, Th., La radioscopie rénale, ses avantages. (Die Röntgendurchleuchtung der Nieren und ihre Vorzüge.) Rev. prat. d. malad. d. org. génitourin. **10**, S. 21—28. 1913.

Nogier betont die Vorzüge der Röntgendurchleuchtung (Radioskopie) für die Steindiagnose der Niere gegenüber der Röntgenphotographie (Radiographie). Er behauptet, die Radioskopie sei in Vergessenheit geraten, obwohl sie in einfacherer Weise das gleiche leiste. N. verlangt für die Radioskopie der Nieren absolute Dunkelheit des Zimmers und Gewöhnung des Auges an dieselbe, wodurch seine Lichtempfindlichkeit sich um das 220fache steigere. Er rät daher, die R. nicht bei Tage auszuführen und vor derselben sich 20 Minuten lang in dem ganz verdunkelten Raum aufzuhalten. Blendenanwendung und möglichste Kompression ist notwendig. N. bedient sich des Stativs von Guilleminot-Béclère, welches bei äußerster Kompression Untersuchung in aufrechter Haltung gestattet; hierbei werden die Eingeweide unter Mitwirkung ihrer Schwere ins Becken gepreßt. N. benutzt die Kompressionsblende von Albers-Schönberg, schaltet aber zwischen diese und den Pat. einen selbsterfundenen, mit Luft gefüllten, 20 cm im Durchmesser großen Gummiballon ein (Pneumo-compresseur Nogier), der die Ausübung eines energischen Druckes schmerzlos gestattet. Nachdem N. der Vorbereitung des Pat. sehr ausführlich gedacht (Abführen, Ernährung), schildert er seine Technik der Durchleuchtung. Er schickt zunächst schwache Ströme durch die Röhre zur Einstellung auf die bestimmte Stelle und belastet dann für 3—5 Sekunden die Röhre maximal. Diese Zeit genügt zur Diagnosenstellung. N. rühmt seiner Vervollkommnung der Radioskopie nach, daß sie einfach und schnell arbeite und bei Abblendung und energischer, schmerzloser Kompression die Diagnosenstellung in aufrechter Haltung des Pat. ermögliche. *Janssen* (Düsseldorf).

Pepper, O. H. Perry, and J. Harold Austin, Some interesting results with the phenolsulphone-phthalein test. (Einige interessante Ergebnisse mit der Phenolsulfophthaleinprobe.) Americ. journal of the med. scienc. **145**, S. 254 bis 258. 1913.

In 2 Fällen von ausgesprochener chronischer Nephritis, mit sonstigen Zeichen der Niereninsuffizienz (einmal deutlich verlangsamte Cl-Ausscheidung) eine normale Ausscheidung bei der Phenolsulfophthaleinprobe. In einem, allerdings schweren Fall von Cystenniere mit normaler Wasser-, N- und Cl-Ausscheidung eine nur spurenweise Ausscheidung des Farbstoffs. *Beuttenmüller* (Stuttgart).[M]

Pousson, Alfred, Beitrag zur Chirurgie der Nephritiden. Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 381—388. 1913.

Um die chirurgische Behandlung der Nephritiden in Zukunft auf eine breitere Basis zu stellen, ist es notwendig ihre Indikationen und Kontraindikationen genau festzulegen. Die Nephrotomie bewirkt eine Beseitigung der intrarenalen Spannung, ferner durch die reichliche Blutentleerung eine weitere Entlastung des Organes, durch welche Mikroben, die Nierenkanälchen verstopfende Epithelnekrosen und Toxine fortgeschwemmt werden; und schließlich gestattet die prolongierte Drainage des Beckens den Abfluß verschiedener Sekrete. Für beide Formen der akuten Nephritis, sowohl für die toxische, als auch die infektiöse kommt unter Berücksichtigung der Wirkungsweise der Nierenspaltung eine solche in Betracht. Wenn also innere Mittel, wie Diuretica, Aderlaß usw. versagen und wenn neben Fieber bei schwerem Allgemeinbefinden noch Abnahme der Harnsekretion auftritt, so ist der chirurgische Eingriff dringend geboten. Als solcher kommt in erster Linie die Nephrotomie, eventuell die Dekapsulation in Betracht; nicht die Nephrektomie, weil die Niere als Ausscheidungsorgan, auch wenn sie selbst erkrankt ist, doch noch mithelfen kann die toxisch-infektiösen Stoffe aus dem Organismus herauszuschaffen. Unter den chronischen Nephritiden werden zunächst die schmerzhaften besprochen. Die Schmerzen rühren einerseits von dem Druck her, welchen die sklerosierte Kapsel auf das Organ ausübt, andererseits von der durch den Krankheitsprozeß bedingten Kongestion des Parenchyms. Die „schmerzhaften" Nephritiden sind nur ausnahmsweise Brightsche, öfter durch Nephrolithiasis, entzündliche Adnexaffektionen, Traumen u. a. verursacht. Unter den Operationen, welche für diese Form der chronischen Nephritis in Betracht kommen, steht wieder die Nephrotomie, die man eventuell mit der Kapsulektomie kombinieren kann, an erster Stelle. Die hämaturischen Nephritiden sind dadurch charakterisiert, daß sie meistens partielle sind, daß der Prozeß auf kleine Gebiete des Parenchyms beschränkt ist. Durch diese Läsionen wird die Zirkulation gestört; es kommt zu Blutanschoppungen in den Capillaren und Kanälchen, welche leicht zu Rupturen der atrophischen und erkrankten Gefäße führen. Auch hier ist die Nephrotomie imstande, durch Abschwellung des Parenchyms die Zirkulation des Organes zu regulieren. Sie ergab Pousson günstigere Resultate als die Nephrektomie. Die chronischen Nephritiden, welche durch schwere und bedrohliche symptomatische Zufälle kompliziert sind, bei denen es sich also darum handelt, eine Palliativbehandlung einzuleiten, bieten die 3 Hauptsymptome Ödeme, Urämie und Oligurie entweder einzeln oder in verschiedener Kombination dar. Unter 153 Fällen, welche operativ behandelt wurden, sind 63 operative Todesfälle zu verzeichnen, also 41% Mortalität. Von 90 Fällen starben 24 in einem Zeitraum von 3 Monaten bis 2 Jahren an Zufällen, welche aber doch mit der chronischen Nephritis in Zusammenhang gebracht werden müssen, oder an Rezidiven; die wegen Urämie Operierten zeigten die größte Lebensdauer. 66 leben und wurden durch längere Zeit beobachtet. Die operative Sterblichkeit ist am geringsten bei Kranken, welche an Ödemen allein leiden, am größten, wenn Urämie und Oligurie ohne Ödeme vorhanden sind. Dazwischen liegen die Fälle mit Ödemen und Urämie, die aber noch günstiger sind gegenüber denen, welche alle 3 Symptome vereinigt darbieten. Unter den 66 länger Beobachteten wurden 8 Heilungen, 11 sehr erhebliche Besserungen, 23 erhebliche Besserungen, 25 Besserungen, 3 leichte Besserungen und 6 ohne Besserung registriert. Auch die Art der im Verlaufe der Krankheit auftretenden Sehstörungen wird für die Indikationsstellung herangezogen, indem die funktionellen einen Eingriff ratsam erscheinen lassen, die anatomischen aber einen solchen nur mit großer Reserve in Erwägung zu ziehen gestatten. Kontraindikationen sind Myokarditis, atheromatöse Degeneration der großen Gefäße, schwere Lungenerscheinungen. Ausgeführt wurden in der überwiegenden Mehrzahl Dekapsulationen; aber auch die Nephrotomie ist hier berechtigt, namentlich bei schwerer urämischer Intoxikation. Die Frage, ob durch die

Operation (Dekapsulation oder Nephrotomie) eine Heilung des Krankheitsprozesses in der Niere eintreten kann, möchte P. verneinend beantworten; aber jedenfalls ist die Druckentlastung des Organs imstande, in den ungeschädigten Gebieten eine kompensatorische Hypertrophie zu bewirken. *Rubritius* (Prag).

Penkert, M., Zur einseitigen und doppelseitigen Nierenenthülsung. Med. Klinik **9**, S. 327—329. 1913.

Verf. berichtet über 2 Fälle von Nierenentkapselung aus seiner Praxis.

Im ersten handelte es sich um ein 34jähr. Fräulein, bei dem sich im Anschluß an Fibrolysininjektionen in die l. Glutäalmuskulatur ein großer Absceß ausgebildet hatte, der zwar durch Incisionen zur Heilung gebracht wurde, an den sich aber Beschwerden in der l. Nierengegend in Form eines Gefühls von Spannung und dumpfem Druck anschlossen. Urinbefund, Cystoskopie und funktionelle Nierenuntersuchung waren negativ. Freilegung der linken Niere ergab strahlige Narben und weißliche Verdickungen der fibrösen Kapsel. Dekapsulierung. Glatte Heilung. Entlassung 16 d. p. o. Nach drei Jahren noch vollkommene Beschwerdefreiheit. Der 2. Fall betraf eine 24jähr. I-para mit schwerer Schwangerschaftsnephritis, einem eklamptischen Anfall intra part. und einem Albumengehalt des Urins von 30 ‰. Da trotz energischer interner Therapie Albumen und Temperatur hoch, Diurese gering, Ascites und Ödeme unverändert blieben, wurden 26 d. p. part. beide Nieren dekapsuliert. Sie zeigten in der Rinde starke Trübung und Schwellung. Die Heilung wurde durch eine 10 d. p. o. einsetzende Pyocyaneusinfektion und später durch vorübergehende, von peritonealen Adhäsionsbildungen veranlaßte Ileuserscheinungen gestört. Der günstige Einfluß der Entkapselung war aber deutlich erkennbar. Denn vor Eintritt der genannten Störungen waren der Albumengehalt von 22 auf 1 ‰, die Temperatur auf 38° abgefallen, Ödeme und Ascites geschwunden, das Allgemeinbefinden gehoben. Auch während jener Störungen blieb die Diurese gut und nach 3 Monaten war Pat. bei gutem Allgemeinbefinden albumenfrei und hatte durchschnittlich 1500 ccm einwandfreien Tagesurin. *Schultze* (Posen).

Lecène, P., Un cas de leucoplasie du bassinet. (Leukoplasie des Nierenbeckens.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **30,** S. 129—137. 1913.

Nephrektomie wegen mit Kolibacillen und Staphylokokken infizierter renaler Retention. Das Becken der straußeneigroßen, hydronephrotischen Niere ist größtenteils weißlich, hautartig verändert. Die mikroskopische Untersuchung ergibt die Umwandlung des Epithels in ein geschichtetes Plattenepithel. Leukoplasien des Nierenbeckens sind selten, nur von Ebstein, Leber, Chiari, Beselin und Hallé beschrieben, und müssen auf embryonale Vorlagerung des Ektoderms zurückgeführt werden. *v. Lichtenberg* (Straßburg).

Dewaerseggers, Du traitement du rein mobile par le massage. (Über Massagebehandlung der Wanderniere.) Scalpel et Liège méd. **65,** S. 461 bis 463. 1913.

Dewaerseggers berichtet über 9 Fälle, in denen er die Massagebehandlung der Wanderniere mit Erfolg durchgeführt hat. Mit Effleurage, Pétrissage und Tiefenmassage behandelt er die Rücken- und Lendenmuskulatur in Bauch-, Seiten- und Rückenlage des Kranken. Jede Behandlung dauert 25—30 Minuten und in durchschnittlich 18—20 derartigen Sitzungen erreichte D. vollkommenes Aufhören aller Beschwerden. Von 2 Fällen wird sogar berichtet, daß die Niere ihre normale Lage wieder dauernd angenommen habe. Zwischen den einzelnen Behandlungen läßt D. eine das Abdomen leicht schnürende Binde tragen. *Janssen* (Düsseldorf).

Illyés, G. v., Die Steinkrankheit der Niere. Folia urol. **7,** S. 335—370. 1913.

Illyés bespricht die Ätiologie, Pathologie, Klinik, Diagnose, Prognose und Therapie der Nieren- und Uretersteine auf Grund eines Materiales von 81 Fällen, von denen 63 operativ behandelt wurden. Großer Wert wird dem Ergebnis der Funktionsprüfung beider Nieren für die Stellung der Indikation zur Operation beigelegt, da auch bei aseptischen Steinnieren oft, wenn auch minimale Differenzen gefunden werden; die Harnkryoskopie erscheint ihm in dieser Hinsicht der Indigokarminprobe überlegen zu sein. Bei hochgradiger Eiterung einer Niere fand er oft eine toxische Nephritis der anderen Seite, welch letztere „bei noch ausreichender Funktion" keine Kontraindikation für einen radikalen Eingriff abgibt; ja, er sah oft nach der Nephrektomie derartig toxische Nephritiden ausheilen. Die Pyelotomie führt er mit Vorliebe an der vorderen Nierenbeckenwand aus, weil diese leichter zugänglich ist. Für die eitrige Steinniere mit großem funktionellen Ausfall kommt nur die Nephrektomie in Betracht. 11 Uretersteine kamen zur Operation. Nach der Naht des Ureters

wurde immer ein Ureterkatheter in diesen eingelegt. Steine im untersten Teile des Ureters wurden bei Männern mittels Sectio alta, bei Frauen durch die Vagina entfernt.
Rubritius (Prag).

Anglada, Jean, Étude anatomo-pathologique et classification pathogénique d'un cas de reins polykystiques bilatéraux. (Pathologische Anatomie und pathogenetische Einteilung einer doppelseitigen Cystenniere.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **30,** S. 139—152. 1913.

Patient einige Stunden nach der Einlieferung unter urämischen Erscheinungen gestorben. Histologische Untersuchung der polycystischen Nieren ergab den üblichen Befund. Eine einheitliche Pathogenese für alle Cystennieren kann man nicht annehmen. Es gibt sowohl kongenitale Cystennieren, als auch solche, die auf entzündlicher Grundlage entstanden sind, oder als Tumoren aufzufassen sind. Der untersuchte Fall scheint kongenitalen Ursprungs zu sein.
v. Lichtenberg (Straßburg).

Berner, O., Zur Cystennierenfrage. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. **211,** S. 265—275. 1913.

Verf. hatte sich die Aufgabe gestellt, an der Hand von Serienschnitten die geltenden Theorien für die Pathogenese der Cystenniere zu prüfen. Untersucht wurden 28 verschiedene Cystennieren. Die Anschauung, daß Entzündungszustände für die Genese dieser Krankheit irgendwie in Betracht kämen, kann Verf. nicht bestätigen. Auch Retention ist als Ursache der Cysten auszuschließen. In allen untersuchten Fällen wurden Entwicklungsanomalien beobachtet, von denen die gewöhnlichste darin bestand, daß die beiden Anlagen, aus denen die normale Niere sich durch Zusammenwachsen entwickeln soll, getrennt bleiben. Das Epithel der Cysten ist oft atypisch und erinnert an Geschwulstproliferationen. Viele Cystennieren sind nach der Meinung des Verf. nicht nur als ausgesprochene Geschwulsterscheinungen aufzufassen, sondern vielfach auch sicher als Mischgeschwülste. Das Vorkommen heterotyper Gewebsarten (Knorpel, glatte Muskulatur, Hornperlen usw.) und das Vorhandensein des persistenten nephrogenen Gewebes gestatten, die Cystennieren sogar mit renalen Adenosarkomen, denen ja auch eine Entwicklungsanomalie zugrunde liegt, zu vergleichen. *Stammler* (Hamburg).

Formiggini, Benedetto, Ulteriori ricerche sopra la influenza dell' allacciatura della vena emulgente sulle sacche idronefrotiche. Nota 2. (Weitere Untersuchungen über den Einfluß der Unterbindung der Nierenvene auf Hydronephrosensäcke.) (*Osp. civ., Bozzolo.*) Clin. chirurg. **21,** S. 183—202. 1913.

Weiterführung früherer Experimente über den Einfluß der Unterbindung der Nierenvene auf Hydronephrosensäcke an größeren Tieren (Hunden) mit besonderer Berücksichtigung des Verhaltens der Leber auf diesen Eingriff. Dabei gelangte Formiggini zu dem Schlusse, daß die Unterbindung der Nierenvene zu einer Verkleinerung des Hydronephrosensackes führen kann infolge einer langsamen Resorption der darin enthaltenen Flüssigkeit, und daß ferner dieser Eingriff keine Schädigung auf das Versuchstier auszuüben scheint, wenigstens die durch das Vorhandensein der Hydronephrose bedingte Lage nicht verschlimmert. In bezug auf die Anwendbarkeit dieser Operationsmethode in der menschlichen Chirurgie spricht sich Verf. nicht in bestimmter Weise aus und äußert sich nur dahin, daß sie bei alten und geschlossenen Hydronephrosen, die einer gründlichen Behandlung nicht leicht zu unterwerfen sind, in Frage komme. *Leuenberger* (Basel).

Smeth, Jean de, À propos de deux grosses pyonéphroses adhérentes. (Über zwei Fälle von großer adhärenter Pyonephrose.) Journal méd. de Bruxelles **18,** S. 31—33. 1913.

Der eine der beiden Berichtsfälle betrifft einen Mann von 32 Jahren, bei dem subjektiv Druckbeschwerden in der rechten Nierengegend bestanden, objektiv fühlte man einen großen, offenbar stark verwachsenen Tumor. Die Incision desselben ergab grünlich gefärbte Flüssigkeit, die unter hohem Druck stand und aus einem großen Sack hervorkam. Tamponade des Sackes. Der später ausgeführte Ureterkatheterismus ergab wenig, nach 35 Minuten nicht

durch Indigkarmin gefärbten Urin auf der kranken Seite. Die Diagnose wurde auf infizierte Hydronephrose, entstanden durch Ureterabknickung, gestellt. Verlauf gut. — Der 2. Fall stammt ebenfalls aus der Praxis von Verhoogen. 64 Jahre alte Frau. Unbestimmte Schmerzen in der linken Seite, in der man einen großen Tumor fühlt. Urin blut- und eiterhaltig. Abendtemperaturen über 38. Die Uretersonde drang links nicht bis in das Becken und traf auf einen Widerstand. Nach der Cystoskopie plötzlicher Exitus. Die Sektion ergab Peritonitis, ausgehend von einem in das Abdomen perforierten perinephritischen Absceß, der seinerseits mit der in einen großen Eitersack verwandelten Niere kommunizierte.

Smeth gibt an, daß die sekundären perirenalen Abscesse selten sind, noch seltener ihre Perforation in die Bauchhöhle. Er glaubt, daß man bei großen Pyonephrosen möglichst rasch, ohne sich vorher lange mit der Bestimmung der Funktionsfähigkeit der anderen Niere aufzuhalten, die Nephrotomie vornehmen sollte, um erst später nach genauer Funktionsprüfung die Nephrektomie anzuschließen.

Kotzenberg (Hamburg).

Walker, K. Macfarlane, Hunterian lecture on the paths of infection in genito-urinary tuberculosis. (Vortrag über die Infektionswege bei der Urogenitaltuberkulose.) Lancet **184**, S. 435—440. 1913.

Eine sehr häufige Erkrankung des Urogenitalsystems ist die Tuberkulose des Hodens, welche sich nach Walker meist sekundär und analog den eitrigen Entzündungen des Hodens descendierend von der Prostata aus entwickelt. Hierfür spricht, daß eitrige oder tuberkulöse Entzündungen der Prostata und Samenbläschen der Hodentuberkulose häufig vorausgehen — in 22 klinischen Fällen von W. waren 20mal Prodromalsymptome vorhanden —, Prostatatuberkulose nicht selten ohne irgendwelche Schädigung des Hodens gefunden wird, nicht aber umgekehrt, bei kombiniertem Prozeß die Veränderungen in der Prostata älter sind als im Nebenhoden und die ersten Anzeichen der Tuberkulose sich im unteren, nicht im oberen Pol des Nebenhodens zeigen, gerade da, wo die Keime auf ihrer Marschroute zuerst auf Hodengewebe stoßen. W. injizierte Schweinen B. prodigiosus, Staphylococcus aureus und Diphtheriebacillen in die vordere Harnröhre, 8—12 Stunden nach der Injektion waren bereits Bacillen im Nebenhoden nachweisbar. Das gleiche gelang ihm mit Tuberkelbacillen, wenn ein Trauma des Hodens vorausging. Die Keime erreichen nach anatomischen Untersuchungen W. den Hoden zentrifugal, auf dem Weg der Lymphbahnen, welche den Samenleiter umgeben, nicht auf dem Weg des Vas deferens. Letzterer wird nur zentripetal und erst sekundär vom Nebenhoden und Hoden aus eingeschlagen. Die Infektion der Prostata hinwieder kann auf dem Blutweg oder per continuitatem von der Blase oder vom Peritoneum aus oder durch die Urethra per coitum erfolgen, der häufigste Infektionsträger ist der Urin. Der infizierende Urin kommt von Nieren, welche in der Regel spezifisch krank sind, aber auch nicht spezifisch entzündet, manchmal sogar gesund erscheinen. Im letzteren Fall sind die Nieren abnorm permeabel für Tuberkelbacillen, die Bacillurie zeigt sich klinisch durch Albuminurie an. Wie für die Hodentuberkulose der descendierende Infektionsmodus analog den eitrigen Entzündungen des Hodens zu Recht bestehe, so auch für die Nierentuberkulose der ascendierende Modus. Bei Einspritzung von Bacillus prodigiosus in die vordere Harnröhre von Schweinen und Tötung der Tiere nach 12 Stunden konnte W. ein starkes Wachstum der Keime im oberen Ureterende erkennen, Kulturen von der Niere, vom Urin, vom Herzblut blieben steril. Auch hier erfolgt die Infektion durch Vermittlung der Lymphbahnen, welche den Ureter umgeben, nicht durch den Ureter selbst, denn nach sorgfältiger Trennung des Lymphgefäßnetzes und Abbindung des Ureterenendes an der Blase ergab sich das gleiche Bild. Bei Einspritzung grampositiver Kokken und Bacillen fanden sich solche Keime mikroskopisch auch in den Lymphbahnen der Nierenkapsel. Dieser Infektionsmodus gelang W. experimentell 1mal mit Tuberkelbacillen. Urinretention ist nach W. nicht Vorbedingung für ascendierende Nierentuberkulose. *Gebele* (München).

Marion, G., Ce que cinq granulations tuberculeuses dans un rein peuvent déterminer. (Was fünf tuberkulöse Knötchen in einer Niere veranlassen können.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **30,** S. 191—194. 1913.

Ein 14 jähriger Knabe erkrankte plötzlich nach vorübergehenden heftigen Schmerzen in der rechten Lendengegend an starker Hämaturie. Diese dauerte ununterbrochen 4 Wochen lang an und stellte das einzige Symptom von seiten der Harnorgane dar, wenn man absieht von jenem vorübergehenden Schmerz, der nach Abgang von Blutgerinnseln verschwand. Gleichzeitig bestehende beiderseitige Epididymitis, Verdickungen der Vasa deferentia und Vesiculitis legten auch für die rechte Niere die Diagnose der tuberkulösen Erkrankung nahe. Cystoskopie zeigt normale Blasenschleimhaut, aber Blutung aus dem rechten Ureter. Das Resultat der getrennten Harnentnahme ergibt rechts 8,82, links 16,39 g Harnstoff im Liter. Methylenblau wird links normal, rechts nur in Spuren ausgeschieden. Es fehlten beiderseits Eiter und Bakterien. Die rechtsseitige Nephrektomie wurde vorgenommen. Niere und Ureter waren äußerlich normal, ebenso das Innere des Nierenbeckens. Nachdem mehrere Schnitte durch die Niere keine Veränderungen ergeben hatten, zeigten sich endlich in der Mitte der Niere an den Papillen 5 kleine tuberkulöse Granulationen, von denen allein die erhebliche, 4 Wochen dauernde Hämaturie unterhalten worden war. Auch im Fett des Nierenhilus befand sich tuberkulöse Infiltration mit zahlreichen Riesenzellen. *Janssen* (Düsseldorf).

Brandeis, R., Le siège rénal d'une tuberculose urinaire peut-il être déduit de l'examen cytologique du sédiment de l'urine? (Kann durch die mikroskopische Untersuchung des Harnsediments eine Tuberkulose der Harnwege als Nierentuberkulose diagnostiziert werden?) Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Bordeaux **34,** S. 4—5. 1913.

Man sieht oft Fälle, in denen nach Anamnese und Befund klinisch die Diagnose auf Nierentuberkulose gestellt werden muß, in denen das Urinsediment auch Leukocyten und Tuberkelbacillen (eventuell nach Tierversuch) zeigt, in denen aber keine Nierenelemente, Zylinder usw. zu finden sind, die den Sitz der Erkrankung in der Niere sicher bewiesen. Unter 22 operativ behandelten Fällen von Nierentuberkulose des Verf., von denen nach der Nephrektomie sämtliche Nieren schon makroskopisch tuberkulöse Veränderungen erkennen ließen, hatte nur einmal das Urinsediment Nierenelemente und Zylinder, sonst nur Tuberkelbacillen gezeigt; nur einmal also hätte aus dem Sediment auf eine Beteiligung der Niere geschlossen werden können. Dies scheinbar überraschende Ergebnis beruht auf den pathologisch-histologischen Verhältnissen, die wir bei der Entwicklung der Nierentuberkulose finden. Bei der Entwicklung eines jeden Tuberkelknötchens bildet sich nach Verf. um das Knötchen im Nierenparenchym eine Bindegewebszone aus, die es völlig isoliert, und zwar gleichgültig, ob die Tuberkelbacillen auf dem Wege der Blutbahn, der Lymphwege oder ascendierend die Niere erreichten. Daher häufig selbst bei sehr fortgeschrittenen Fällen, bei käsig-cystischen oder offenen ulcerösen Formen keine nephritischen Veränderungen in der Nachbarschaft. In solchen Fällen dann im Sediment nur Bacillen, Leukocyten, käsige Massen. Dieser Mehrzahl der Fälle stehen die seltenen sog. „akuten tuberkulösen Nephritiden" gegenüber, bei denen sich zur Abwehr der Tuberkelknötchen eine Entzündung (Rundzelleninfiltration) ausbildet, und bei denen Nierenelemente und Zylinder im Sediment gefunden werden. Eine weitere besondere Art chronischer tuberkulöser Nephritiden stellen die Fälle dar, die wir bei Phthisikern sehen, bei denen im Sediment die charakteristischen Befunde einer wirklichen Nephritis erhoben werden können, während Bacillen fehlen. Kurz: Die mikroskopische Untersuchung des Harnsedimentes allein gibt bei der Tuberkulose der Harnwege nur sehr beschränkte Aufklärung. *Kneise.*[c]

Bryan, R. C., Diverticula of the bladder with report of a case. (Über Blasendivertikel mit Krankheitsbericht.) Americ. journal of urol. **9,** S. 72 bis 89. 1913.

Bryan berichtet über einen Fall von großem Blasendivertikel, den er 1911 operiert hat.

Der 65 Jahre alte Mann hatte seit 10 Jahren Urinbeschwerden. Er mußte mehrmals des Nachts urinieren und hatte dabei das Gefühl, das Wasser nicht vollkommen loszuwerden.

Ein halbes Jahr vor der Operation hatte er eine erhebliche Blutung gemerkt, später öfters kleine Blutbeimengungen. Per rectum war die Prostata nicht vergrößert. Residualharn einmal 60, das nächstemal fast 300 ccm. Der spontan gelassene Urin war klar, der mit dem Katheter entnommene Residualharn eitrig. Cystoskopie gelang nicht. Röntgenuntersuchung nicht ausgeführt. Bei der Sectio alta fanden sich zwei große Höhlen, deren Kommunikationsöffnung für 3 Finger durchgängig war. Die eigentliche Blase wurde durch einen Katheter von der Urethra aus, das Divertikel durch einen Schlauch von der Wunde aus drainiert. 14 Tage später wurde der Leib eröffnet, das Divertikel, welches größer war wie die Blase selbst, aus seinen Verwachsungen gelöst und in die Blase invaginiert und entfernt. In die Blase und das Wundbett wurden Drains eingelegt. Der Verlauf war ein glatter.

Im Anschluß an diesen Fall wird die Entstehung der Blasendivertikel besprochen, die teils kongenital teils erworben sind. Die Ulceration und Entzündung des Divertikels führt oft zum Tode. Für die Diagnose wichtig ist, daß die Kranken unbestimmte Urinbeschwerden und nach der Miktion meist das Gefühl haben, als sei die Blase noch voll. Nach der Miktion tritt sehr bald wieder das Bedürfnis Wasser zu lassen ein, aber auch die weiteren Miktionen bringen nicht das Gefühl, daß die Blase leer ist. Wenn dann bei weiteren Versuchen der Urin trüb wird, so tritt Erleichterung ein, dem Kranken fällt aber zugleich die plötzliche Trübung des vorher ganz klaren Urins auf. Bei entzündeten Divertikeln besteht eine Peridivertikulitis und in deren Gefolge Blasenschmerz. Dieser kann differentialdiagnostisch verwertet werden dafür, ob es sich um ein muskuläres oder muköses Divertikel handelt. Dieser ist im ersteren Fall ständig vorhanden, im letzteren nur, wenn sich das Divertikel entleert. Die muskulären entleeren sich wiederum viel häufiger wie die des mukösen Typs. Steine finden sich seltener beim muskulärem Typus. Perforation des Divertikels mit nachfolgender Peritonitis findet sich häufiger bei Diveritkeln ohne Steine (referiert nach Englisch). B. bespricht referierend die Literatur über Blasendivertikel in bezug auf Anatomie, Physiologie und Klinik und gibt ein Literaturverzeichnis von 125 Nummern. *Kotzenberg* (Hamburg).

Nicolich, Giorgio, Due case di estirpazione quasi completa della vescica per tumore. (Zwei Fälle von fast totaler Exstirpation der Harnblase wegen Neubildung.) (*Osp. magg., Trieste.*) Folia urol. 7, S. 371—378. 1913.

Nicolich resezierte wegen eines Carcinoms und wegen multipler Papillombildung in zwei Fällen die Harnblase bis auf das Blasendreieck und beobachtete im Anschluß daran eine normale Wiederherstellung der Urinkontinenz. Verf. macht darauf aufmerksam, daß durch diese zwei Fälle der Beweis geleistet sei, daß man beim Menschen das erreichen kann, was Schwarz, ein Schüler Tizzonis, an Hunden erzielte, der fand, daß die unmittelbar oberhalb des Uretereintrittes ausgeführte Harnblasenresektion möglich ist, und daß aus diesem Harnblasenstumpf und vielleicht aus dem oberen Teil der Harnröhre sich in kurzer Zeit ein neues Hohlorgan bildet, das geeignet ist, den Urin so zu halten wie eine normale Blase. *Leuenberger* (Basel).

Bucky, G., und Ernst R. W. Frank, Über Operationen im Blaseninnern mit Hilfe von Hochfrequenzströmen. Münch. med. Wochenschr. 60, S. 348—352. 1913.

Hochfrequenzströme sind Wechselströme von enorm hoher Schwingungszahl. Infolge des enormen Richtungswechsels werden kaum nennenswerte Nerven- oder Muskelwirkungen ausgelöst, so daß wir Hochfrequenzströme bis zu 2 und 3 Ampère anwenden können, während wir vom Gleichstrom nur wenige tausendstel Ampère durch den Körper schicken dürfen. Wie bei den anderen elektrischen Strömen, so wird auch beim Hochfrequenzstrom entsprechend dem sich darbietenden Ohmschen Widerstande Wärme entwickelt. Diese Hitzewirkung wird bei endovesikalen Eingriffen ausgenutzt. Sie ist der Glühschlinge überlegen, weil bei der Hitzewirkung des Hochfrequenzstromes die strahlende Wärme wegfällt, und da ihre Dosierung und Lokalisation eine bessere und bequemere ist.

Eine größere, äußere Elektrode (nicht über 200 qcm) wird fest auf den Oberschenkel gesetzt, während die kleinere, innere Elektrode durch den Kanal eines Ureterencystoskopes in die Blase eingeführt wird. Die Blase ist mit einer Salzlösung gefüllt. Je spitzer die Blasenelektrode ist, je größer ist die Oberflächenwirkung. Kommt es auf die Tiefenwirkung an, so wählt man eine etwas breitere Elektrode. Die Hochfrequenzströme sollen möglichst niedrige

Spannung haben. Es darf zu keiner Funkenbildung kommen. — Es wird über 3 Fälle von Blasenpolypen berichtet, die nach dem Vorgehen von Beer (New York) mit Erfolg operiert sind. Ein Hochfrequenzstrom in einer Stärke von 0,3 Ampère wurde 1—3 Minuten lang zur Anwendung gebracht. Mit dem Cystoskop wird das Eintreten der Gewebskoagulation usw. beobachtet. Der Hochfrequenzstromapparat, der allerdings sehr teuer ist, kann auch beim Operieren in der Harnröhre gebraucht werden. *Oehlecker* (Hamburg).

Schley, W. S., Dilatation of tight urethral strictures causing retention. (Erweiterung enger, Retention bedingender Urethralstrikturen.) Surgery, gynecol. a. obstetr. **16,** S. 221—222. 1913.

Verf. empfiehlt, bei sehr engen Strikturen, eine lange stumpfe Kanüle bis dicht an den Beginn der Verengerung einzuführen, einige Tropfen einer Mischung von 1:1000 Adrenalinlösung und 4% Cocain zu gleichen Teilen einzuspritzen; danach gelingt es in Zeit von etwa einer Viertelstunde, einen Ureterenkatheter allmählig unter tropfenweisem Weiterspritzen in die Blase einzuführen. Das Verfahren empfiehlt sich in gleicher Weise als Vorläufer für nachfolgende Urethrotomie, sowohl wie für Dilatationsbehandlung. Der Hauptwert wird auf die direkte Berührung des Injektionsmittels mit der Striktur gelegt. *Draudt* (Darmstadt).

Lothrop, Howard A., The closure of obstinate perineal fistulae following operation for stricture of urethra. The prevention of these fistulae. (Der Verschluß persistierender Dammfisteln im Anschluß an operative Behandlung von Harnröhrenstrikturen und die Vermeidung solcher Fisteln.) Boston med. a. surg. journal **168,** S. 188—191. 1913.

Die persistierenden perinealen Harnröhrenfisteln sind, abgesehen von tuberkulösen und carcinomatösen Erkrankungen der Prostata, zumeist eine Folge eines mechanischen Widerstandes in der Harnröhre. Lothrop teilt die Fisteln hinsichtlich ihrer Entstehungsursache in drei Gruppen ein, 1. solche, welche nach einer durch eine Striktur hervorgerufenen „Harnextravasation" entstanden sind, sei es, daß spontan oder durch Incision eine Eröffnung der infiltrierten Dammgegend erfolgte. 2. Fisteln im Anschluß an eine perineale Prostatektomie. 3. Fisteln als Folge einer Urethrotomie.

L. geht bei der Behandlung folgendermaßen vor. Wenn notwendig, wird zuerst die Harnröhre sondiert, eine Striktur durch das Maisonneuvesche Instrument durchtrennt und hierauf ein weiches Gummikatheter in die Blase eingeführt. In Steinschnittlage des Patienten wird die Fistel unter vorsichtiger Sondierung ovalär umschnitten, der Fistelgang freigelegt und schließlich an der Einmündung in die Harnröhre durch Chromcatgut unterbunden. Schichtweiser Verschluß der Wunde durch Catgut und Seide. Das Katheter läßt L. ca. 10 Tage liegen.

Krankengeschichten von zwei mit Erfolg operierten Fällen. *Saxinger* (München).

Männliche Geschlechtsorgane:

Krüger, Diagnose und Behandlung der Prostatahypertropie. Korrespondenzbl. d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen **42,** S. 63—72. 1913.

König, Fritz, Über die Radikaloperation bei Prostatahypertrophie. Fortschr. d. Med. **31,** S. 85—91. 1913.

Nach kurzem Überblick über Symptome und Diagnose der Prostatahypertrophie bekennt sich König als Anhänger der suprapubischen Operationsmethode, zu deren Ausführung die Lokalanästhesie vollkommen ausreicht. *Hohmeier* (Marburg).

Dowden, J. W., Recurring torsion of the spermatic cord: operation. (Wiederholte Torsion des Samenstranges.) Brit. med. journal **2721,** S. 384. 1913.

Ein 16jähriger Knabe war wegen häufiger mehrtägiger Attacken von linksseitiger Samenstrangstorsion operiert worden. Bei der Operation fanden sich Hoden und Samenstrang frei in einer Hydrocele hängend, der Samenstrang aufgefasert. Das parietale Blatt der Tunica vaginalis wurde entfernt, der Hoden an die Scrotalwand genäht. Neun Jahre später bekam der Patient die gleichen Anfälle, die er links gehabt hatte, auf der rechten Seite. Ärztliche Untersuchung negativ. Gleichwohl auf Wunsch des Patienten Operation. Der Samenstrang war nicht so verbreitet und zeigte nicht die Sonderung zwischen Vas deferens und Gefäßen wie links; sonst gleicher Befund wie früher. Durch die Operation völlige Heilung. *Kempf.*

Brault, J., Phlegmon gangréneux de la loge pénienne. (Gangränescierende Phlegmone der Penisloge bei Diabetes.) Gaz. des hôp. **86,** S. 325—326. 1913.

2 Fälle. Von einem wird die Krankengeschichte mitgeteilt. 65jähriger Mann. Erster

Krankenhausaufenthalt (in Algier) vom 17. Juli bis 23. Aug. 1912 wegen einer partiellen Nekrose der Eichel. Mit einer Fistel auf dem Dorsum penis entlassen. Ließ sich erst am 5. XII. 1912 wieder sehen. Die Fistel secernierte viel Eiter, Hoden und Penis sind stark entzündet. Erweiterung der Fistel, Gegenincision am Damm, mit dem Finger fühlt man in der Loge die Corp. cav. bloß liegen, davor, davon getrennt die intakte Urethra. Urin klar, über 4% Zucker. Im Verlauf Nekrose am Hodensack, Dekubitus am Kreuz usw. Entkräftung, mäßiges Fieber. Exitus am 1. I. 1913. Beim anderen Fall ging die Erkrankung ebenfalls von einer vernachlässigten Fistel am Penis aus. *Magenau* (Stuttgart).

Cruvelhier, L., Traitement antigonococcique au moyen d'injections sous-cutanées de virus-vaccins sensibilisés vivants. (Behandlung der Gonorrhöe mit subcutanen Injektionen von lebenden sensibilisierten Gonokokkenkulturen.) (*Laborat. de M. Roux.*) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. **74**, S. 10—11. 1913.

Cruvelhier behandelte eine Anzahl von Patienten, die an frischer oder chronischer Gonorrhöe zum Teil mit Komplikationen (Epididymitis, Arthritis) litten, mit subcutanen Injektionen von Gonokokkenkulturen, die nach der Besredkaschen Methode mit Antigonokokkenserum sensibilisiert werden. Die Injektionen wurden gut ertragen und in 2—3tägigen Intervallen 3—7 mal gegeben, Injektionsmenge und sonstige näheren Angaben fehlen. Erfolge angeblich sehr gut. Die Veröffentlichung hat nur die Form einer vorläufigen Mitteilung. *Linser* (Tübingen).

Weibliche Geschlechtsorgane:

Bauer, H. F., Röntgenbehandeling in de Gynaekologie. (Röntgenbehandlung in der Gynäkologie.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneeskunde **2**, S. 77—95. 1913.

Bauer gibt eine historische Übersicht, wie man auf Grund systematischer Tierversuche und einzelner Beobachtungen am Menschen eine Röntgentherapie in die Gynäkologie eingeführt hat. Indikation wird am meisten gefunden bei klimakterischen Blutungen. Der Erfolg ist ein guter (75% vollkommene Heilungen). Bösartige Neubildungen müssen ausgeschlossen sein. Bei älteren Frauen werden schnellere Resultate erreicht, wie bei jüngeren, weil erstere weniger funktionierendes Ovariumgewebe übrig haben. Die guten Resultate bei Dysmenorrhöe gründen sich wahrscheinlich teilweise auf suggestivem Einfluß. Der Erfolg und die Indikation bei Fibromyomen sind fraglicher. Absolute Kontraindikation liefern submucöse und subseröse Myome, sowie Myome bei Patienten unter 40 Jahren. Weitere Kontraindikation finden manche in Anämie, Myomherz, chronischer Myokarditis und Nephritis, weil die Röntgentherapie anfänglich eine verstärkte Blutung zur Folge hat, was aber nicht immer so zu sein scheint. Übrigens gibt die Operation in diesen Fällen auch eine schlechte Prognose. Auch bei vereiterten oder gangränösen Myomen oder solchen, die zu akuter Blasenincarceration führten, soll gleich die Operation gewählt werden. Von der Röntgentherapie für Myome kann man sonst erwarten, daß sie die Blutungen, den serösen Ausfluß und die Schmerzen verringert und die Geschwulst verkleinert. Am leichtesten beeinflußbar sind die jungen Myome und solche, die stark bluten. Man soll die Bestrahlung anfangen gleich nach einer Menstruation. Die Mortalität (es sind im ganzen 2 Todesfälle durch Verblutung beschrieben worden) ist weit günstiger als bei der Operation (Laparotomie 5%; vaginale Operationen 2,6%). Die Röntgenkastration hat weniger Ausfallsymptome zur Folge, die auch viel allmählicher auftreten, als dies bei der Hegarschen Operation der Fall ist. Röntgendermatitis und Ulcera sind bei guter Technik fast ausgeschlossen. Die Provocatio abortus bei Tuberkulose ist nicht ohne Bedenken. Wenn man ihn angebracht findet, soll man aber schnellere und mehr sichere Mittel anwenden, als die Röntgenbestrahlung.

Auf die Technik soll besonderer Wert gelegt werden. Die Lage der Ovarien soll in jedem Falle soviel möglich bestimmt werden. Man soll die härteren Strahlen verwenden und die weicheren mit Aluminiumfilter eliminieren. Man nehme ein hartes Rohr mit Antikathode aus

vielem Metall und belaste es hoch. Zur Vermeidung von Hautverbrennung bleibe man unter 6—8 Kienböck-Einheiten. Zu einer günstigen Tiefenverteilung soll die Focushautdistanz so groß wie möglich sein. Die Bestrahlungsdauer für jede Sitzung ist gleichgültig. Nur zur Vermeidung von Regeneration von Ovariumgewebe ist es zweckmäßig, die Dosis in kurzer Zeit zu geben. Die Umgebung soll sorgfältig abgedeckt werden, da die Haut über Myomen, infolge der Spannung, besonders sensibel ist. *Hymans* (Amsterdam).

Krönig und Gauß, Die Strahlentherapie in der Gynaekologie: Röntgen- oder Radiumtherapie? (*Univ.-Frauenklin., Freiburg.*) Zentralbl. f. Gynaekol. **37**, S. 153 bis 159. 1913.

Die Wirkung der radioaktiven Substanzen ist analog der der Röntgenstrahlen; bei beiden kommen die weichen Strahlen nur für die Heilung der an der Körperoberfläche gelegenen Krankheitsprozesse in Frage, die harten — gefilterten (ultrapenetrierende) für tiefer gelegene Organe. Es gelingt, die Intensität der Radiumstrahlung durch Vermehrung der strahlenden Materie und durch Applikation derselben von verschiedenen Seiten des Körpers (im Sinne des Kreuzfeuers) zu erhöhen. Das Mesothorium bietet durch seine relative Billigkeit die Möglichkeit, große Dosen anzuwenden. Bei der Benutzung der einzelnen Präparate ist größte Vorsicht geboten, da dieselben in ihrer Wirkung verschieden sind; weiter kommt es auf die Menge des Mittels, die Größe der bestrahlten Fläche, die Art der Packung — ob flach, ob zylindrisch — auf die Dicke und die Art des Filters an. Schließlich reagieren die verschiedenen Menschen in sehr verschiedener Weise auf ein und dieselbe Strahlung. Besonders hervorzuheben ist die Schnelligkeit der eintretenden Wirkung bei der Radiumbehandlung den Röntgenstrahlen gegenüber hervorzuheben. Während dieselbe bisweilen bei dem Radium schon nach der ersten Anwendung eintritt, haben wir bei den Röntgenstrahlen manchmal sehs und mehr Bestrahlungsserien notwendig. Wahrscheinlich wirkt das Radium auf die Uterusmuskulatur und die Ovarien. Während die Wirkung der Radiumtherapie hauptsächlich eine hämostatische ist, tritt die Rückbildung der Myome hierbei nicht in dem Maße ein, wie bei der Röntgentherapie. Wenn auch alle Anzeichen vorhanden sind, daß dies auch noch mit dem Radium erreicht werden wird, so hat zurzeit die Röntgentherapie in den schwierigen Fällen, namentlich bei großen Myomen, den Vorzug. Vielversprechend ist die kombinierte Röntgen-Radiumbehandlung (intrauterine Applikation des Radiums — abdominell applizierte Röntgenstrahlen). Durch sie werden namentlich die lästigen Blutungen, die manchmal noch die ersten Röntgenbestrahlungen überdauern, schnell und sicher zum Stehen gebracht. *Immelmann* (Berlin).°

Beuttner, Oskar, Zur Technik der Exstirpation entzündlich erkrankter Adnexe an Hand von hundert einschlagenden Operationen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte **43**, S. 2—15, 40—49 u. 69—83. 1913.

An der Hand von 100 Fällen werden vor allem die Faureschen Prinzipien der abdominalen Exstirpation entzündlich erkrankter Adnexe und die vom Verf. angegebene Methode der transversalen fundalen Keilexcision des Uterus als Vorakt zur Exstirpation doppelseitig erkrankter Adnexe eingehend besprochen. Faure und in ähnlicher Weise Kelly lehrten bekanntlich, die Adnexe von der Mittellinie des Beckens nach außen und von unten nach oben anzugreifen. Verf. schneidet in typischen Fällen aus dem Uterus in transversaler Richtung einen Keil, dessen vorderer Rand zwischen Tuben- und Lig. rotundum-Ansatz, dessen hinterer Rand zwischen Tuben- und Lig. proprium ovarii-Ansatz liegt; nach frontaler Spaltung dieses Keils folgt beiderseits von innen nach außen und von unten nach oben mit Konservierung des entsprechenden gesunden Ovariums die Enukleation und Exstirpation der Pyosalpinxsäcke. Fortlaufende Catgutnaht des Uterus und überdachende seromuskuläre Naht. Die Methoden werden durch sehr instruktive, die einzelnen Operationsetappen illustrierende Bilder zur Anschauung gebracht. Die Arbeit zeigt jedoch, daß in der Mehrzahl der Fälle „konservative Adnexchirurgie“, aber immer mit dem Grundsatz, die Adnexe vom entsprechenden Uterushorn her zu exstirpieren, getrieben wurde. Die Fälle verteilen sich nämlich folgendermaßen: 19 Fälle von supravaginaler Uterusamputation und Adnexexstirpation vermittelst der Hemisektion des Uterus nach Faure, 2 Fälle von supravaginaler Uterusamputation und Adnexexstirpation vermittelst der vorderen Dekollation nach Kelly-Faure, 1 Fall von supravaginaler Uterusamputation und Adnexexstirpation vermittelst der hinteren Dekollation nach Faure, 5 Fälle von supravaginaler Uterusamputation und Adnexexstirpation nach Kelly, 19 Fälle von transversaler fundaler Keilexcision des

Uterus nach Beuttner, 1 Fall von totaler Uterusexstirpation nach Richelot, 9 Fälle von atypischen Operationen, 44 Fälle von einfachen Adnexexstirpationen. — Resummierend faßt Verf. die von ihm gewonnenen Grundsätze dahin zusammen: Erst nach Erfolglosigkeit einer gewissenhaft durchgeführten konservativen Behandlung mit allen zu Gebote stehenden Mitteln tritt die operative Behandlung in ihr Recht. Diese soll bei jungen und relativ jungen Patientinnen möglichst konservativ sein. Deshalb sollen die gewiß einen großen Fortschritt bedeutenden von Faure ausgearbeiteten Methoden (Hemisektion, vordere und hintere Dekollation) nur bei schweren Erkrankungen in Anwendung kommen. Besser ist die vom Verf. angegebene, die transversale fundale Keilexcision als Vorakt benutzende Methode, welche die Ovarien und somit die Menstrualfunktion erhält. In der Mehrzahl der Fälle genügen die „einfachen Adnexoperationen". Die abdominalen Methoden verdienen den Vorzug vor den vaginalen, welche allerdings dem Operateur durchaus geläufig sein müssen. Denn die Adnexerkrankungen erfordern vor allem eine dem Einzelfalle angepaßte individualisierende Behandlung. *Kayser* (Köln).

Lizcano, D. Policarpo, Incurabilidad, dolor y hematologia en las anexitis. (Unheilbarkeit, Schmerz und Blutbefund bei den Adnexerkrankungen.) El siglo medico **60**, S. 65—68. 1913. (Spanisch.)

Die Operation wird besonders bei den Fällen empfohlen, in denen bei geringem Befund dauernd Beschwerden vorhanden sind. Die Blutuntersuchung zeigt meistens das Bild einer einfachen Anämie. Eine Hyperleukocytose findet sich fast regelmäßig, wenn ein eitriges Exsudat vorhanden ist, sie darf aber bei der Indikationsstellung nur mit großer Reserve Verwendung finden. Zum Schluß warnt Verf. davor allzusehr auf die bekannte Sterilität des Eiters bei Pyosalpinx zu rechnen. *Denks* (Hamburg).

Le Moniet, Laparotomie pour fibrome de l'ovaire de douze kilogrammes et demi. Guérison. (Laparotomie wegen eines Ovarialfibroms von 12½ Kilogramm. Heilung.) (Soc. de chirurg., Paris.) Prov. méd. **26**, S. 119. 1913.

Winter, Ludwig, Über gestielte kleincystische Degeneration der Ovarien. Diss. Erlangen 1913. Marktredwitz, Trautner. 20 S.

Hoeven, P. C. T. van der, De Kans op Zwangerschap na de klassieke Sectio Caesarea. (Die Aussicht auf Schwangerschaft nach der klassischen Sectio Caesarea.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneeskunde **2**, S. 96—99. 1913. (Holländisch.)

Den direkten Erfolg der Sectio Caesarea (Mortalität der Kinder 5 v. H.) findet v. d. Hoeven befriedigend. Nicht aber den indirekten Erfolg, weil durch die S. C. die Aussicht der Mütter auf weitere lebendige Kinder stark herabgesetzt wird. Von 17 Frauen haben nur 9 nach der S. C. noch lebensfähige Kinder gehabt. Von 6. bei denen zum zweiten Male S. C. vorgenommen wurde, ist nur eine nachher noch schwanger geworden. Diese 17 Frauen sollten, dem Mittelmaß nach (7 Kinder pro Frau), zusammen noch 76 Kinder nach der S. C. bekommen; sie bekamen jedoch nur 18, worunter nur 7 Lebende. Die Ursache findet v. d. H. in den postoperativen intraperitonealen Adhäsionen, die in 67—84 v. H. vorkommen. Er meint, daß deshalb die klassische Sectio Caesarea von anderen Operationen, wenn diese auch einen etwas weniger guten direkten Erfolg geben, verdrängt werden soll. Vielleicht wird sich in dieser Hinsicht der cervicale, transperitoneale Kaiserschnitt bewerten. *Hymans* (Amsterdam).

Zoeppritz, B., Neuere Kaiserschnittmethoden. Klin.-therap. Wochenschr. **20**, S. 141—146. 1913.

Die Mortalität des klassischen Kaiserschnittes ist, seitdem Sänger die exakte Uterusnaht angab und die Asepsis in Anwendung kam, von 50—80% auf ca. 1% gefallen. Solche Resultate konnten nur bei sogenannten reinen Fällen erzielt werden. Von dem klassischen Kaiserschnitt mußten daher die Fälle ausgenommen werden, die Zeichen der Infektion (Temperaturerhöhung) an sich trugen oder nicht sicher als keimfrei zu betrachten waren (Entbindungsversuche, vorausgegangene innere Untersuchung). Die Todesursache beim klassischen Kaiserschnitt an infizierten Kreißenden

ist fast ausnahmslos eine Folge der durch den Keimgehalt der Uterushöhle hervorgerufenen Bauchfellentzündung. Es wurde daher 1906 die von Frank angegebene Methode sehr begrüßt, die ohne Eröffnung des Peritoneums vollkommen extraperitoneal den Uterus eröffnete. Frank geht so vor, daß er nach querer Durchtrennung der Bauchdecken das Bauchfell vom Blasenscheitel, von der Hinterwand der Blase und dann von der unteren Partie der Cervix abschiebt, die Cervix dann quer eröffnet und die Frucht durch die Öffnung entwickelt. Durch diesen extraperitonealen Kaiserschnitt Franks, ferner durch seine Modifikation von Latzko-Döderlein, als auch durch die von Solms-Dührssen angegebene sog. Buddhageburt glaubte man auch sog. unreine Fälle ohne Gefahr für die Mutter mit Erhaltung des Uterus entbinden zu können. Es hat sich aber bald gezeigt, daß die Infektion des Beckenbindegewebes gerade so gefährlich ist wie die Infektion des Bauchfells; denn die Mortalität des extraperitonealen Kaiserschnitts bei unreinen Fällen ist fast ebenso hoch wie die des klassischen Kaiserschnittes unter denselben Bedingungen. Sellheim suchte Bauchfell und Beckenbindegewebe zu umgehen, indem er eine Uterusbauchdeckenfistel nach dem Prinzip der Enterostomie anlegte. Nach Abklingen der Infektionserscheinungen wird die Fistel nach Art des Anus praeternaturalis geschlossen. Bei den übrigen Methoden, die von Veit, Opitz und Polano angegeben wurden, wird der Uterus in seinem unteren Uterinsegment eröffent. Polano incidiert den Uterus an seiner Hinterfläche, nachdem er ihn sehr stark über die Symphyse nach vorne gewälzt hat, und hält die Möglichkeit der Drainage vom tiefsten Punkt der Bauchhöhle für einen besonderen Vorzug seiner Methode. — Keine der neueren Methoden hat das gesteckte Ziel, infizierte Fälle lebenssicher operieren zu können, einwandfrei erreicht. Das liegt nach Zoeppritzs Ansicht darin, daß wir nicht imstande sind, in kurzer Zeit die Art der Infektion festzustellen, um Indikationen für unser Vorgehen ziehen zu können. Bei schwerer Infektion wird sich nicht immer die Perforation des Kindes umgehen lassen, um einen Versuch der Rettung der Mutter zu machen. Für eine gewisse Reihe von reinen Fällen wird der klassische Kaiserschnitt trotz einer Reihe von Nachteilen, die bei den cervicalen Methoden nicht bestehen, immer reserviert bleiben (großer Blutverlust, Gefahr der Adhäsionsbildung zwischen Uterus und Bauchwand, Uterus und Därmen, Gefahr der Ruptur der Kaiserschnittnarbe bei erneuter Gravidität, postoperative Hernie). Dem Vorteil, der bei dem cervicalen Kaiserschnitt besteht, daß man sich des Pfannenstielschen Fascienquerschnitts bedienen und das Auftreten einer postoperativen Hernie dadurch vermeiden kann, stehen auch Nachteile gegenüber (höhere Kindermortalität, große Wundhöhlen mit tiefen Nischen, große Gefahr der Nebenverletzungen). Immerhin hält Zoeppritz auch den cervicalen Kaiserschnitt für zweifellos berechtigt. *Kolb* (Heidelberg).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Koga, G., Zur Therapie der Spontangangrän an den Extremitäten. (*Chirurg. Univ.-Klin., Kyoto, Japan.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121**, S. 371—382. 1913.

Die Spontangangrän der Extremitäten bei jüngeren Individuen scheint in Japan häufiger zu sein als in Europa, nach Ito und Wieting wahrscheinlich deshalb, weil die vorwiegend vegetabilische Ernährung die Gefäßwände ungünstig beeinflußt. Koga prüfte bei 13 Kranken im Alter von 24—45 Jahren die Viscosität des Blutes und fand dieselbe erhöht auf 4,7—6,4 (im allgemeinen ist die Blutviscosität des Japaners niedriger als diejenige des Europäers). K. konnte in seinen Fällen Diabetes und Lues als Ursache der Gangrän ausschließen; interne Darreichung von Jodkali beeinflußte die Viscosität unbedeutend, das Fortschreiten der Gangrän gar nicht. Verf. gab seinen Kranken nun wochenlang täglich Infusionen von Kochsalz- oder Ringerscher Lösung von 400 ccm. Unter dieser Behandlung sank die Blutviscosität auf 3,6—4,6, nahm also normale Werte an. Die Symptome besserten sich zusehends: Ödeme und Cyanose nahmen ab, es trat scharfe

Demarkation ein, bestehende Ulcera reinigten sich, der Arterienpuls hob sich und die Schmerzen hörten auf. Je mehr Infusionen gemacht worden waren, um so mehr näherte sich der Moszkowiczsche Hyperämisierungsversuch normalen Verhältnissen, d. h. nach 5 minutenlanger Aufhebung der Zirkulation durch die elastische Binde erfolgte eine ebenso schnell eintretende und ebenso intensive Durchblutung der Extremität wie in normalem Zustande. K. nimmt an, daß bei niedriger Viscosität das Blut leichter die verengerten Gefäßlumina durchfließe, daß hierdurch die Bildung von Kollateralen begünstigt werde und daß vielleicht durch die Infusion die Sklerose der Gefäßwände teilweise zurückgehe. — K. fand bei Nachuntersuchungen (nach 5 Monaten bis 2 Jahren), daß meist Dauerheilung eingetreten war. Wenn sich Rezidive einstellen sollten, so würde, unter erneuter Infusion von Kochsalzlösung bzw. Erniedrigung der Blutviscosität, derselben vorzubeugen sein. *Janssen.*

Obere Gliedmaßen:

Symmers, Douglas, A recurrent neuroblastoma of the scapular region. (Ein wiederkehrendes Neuroblastom der Scapulargegend.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 337—340. 1913.

Verf. konnte ein durch Operation gewonnenes Präparat von einem rezidivierenden Neuroblastom der Scapulagegend untersuchen. Das Charakteristische dieser von Wright in letzter Zeit genauer untersuchten Tumorart ist, daß Gruppen von „undifferenzierten Nervenzellen" in den Bindegewebszügen eingebettet sind, so daß letztere sich zirkulär darum herumordnen und zu rosettenähnlichen Figuren formen; das Bindegewebe zeigt nicht die Farbreaktionen der Neuroglia oder der kollagenen Fasern; es ist dichtbesetzt mit chromatinreichen Kernen, die von einem kaum wahrnehmbaren Cytoplasma umgeben sind. Die Diagnose des Tumors ist schwierig, Verwechslungen mit Sarkomen und Gliomen sind nach Ansicht des Verf. sicher häufig vorgekommen. Am häufigsten nehmen diese Tumoren ihren Ausgangspunkt von Neuroblasten der Nebennierenrinde, gelegentlich aber auch von undifferenzierten, liegengebliebenen Nervenzellen in anderen Körperregionen, wie im vorliegenden Fall. Die Tumoren sind selten, mit seinem Fall konnte Verf. 14 der Art zusammenstellen. In ihrem Wachstum sind sie bösartig. Die 2 Abbildungen sind wenig geeignet, das Charakteristische der Geschwulst zum Ausdruck zu bringen. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Hurtado, S. G., Sobre un caso de fractura del cuello quirurgico del humero y luxacion anterior de la cabeza del mismo. (Über einen Fall von Fraktur des Collum chirurgicum humeri mit Luxation des Humeruskopfes nach vorn.) El siglio medico **60**, S. 99—102. 1913. (Spanisch.)

Operative Behandlung nach 10 Wochen. Nach wenig umfangreicher Resektion des distalen Endes gelingt die Reposition und die Vereinigung der Fragmente mit Silberdraht. Über den Erfolg soll später berichtet werden. *Denks* (Hamburg).

Brau-Tapie, Fracture ouverte de l'extrémité inférieure de l'humérus chez un enfant de six ans. Ostéo-synthèse par enchevillement. Résultat excellent. (Komplizierte suprakondyläre Oberarmfraktur bei 6 jährigem Kind. Glänzendes Resultat nach Vernagelung.) Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Bordeaux **34**, S. 2—4. 1913.

Naglung mit 10 cm langem Elfenbeinstift, der durch das untere Fragment von außen nach innen in den Oberarm getrieben wird. Vorübergehende Wundstörung durch Eiterung, nach Bad des Armes von 30° Verbrennung zweiten Grades. Trotzdem Beweglichkeit wieder gut, Streckung fast völlig, Beugung bis zum rechten Winkel nach 14 Tagen. *Frank* (Köln).

Jacob, O., Des rapports de la branche motrice du nerf radial avec l'articulation radio-humérale, envisagés au point de vue de la chirurgie opératoire du coude. (Die Beziehungen des motorischen Astes des Nervus radialis zu dem Radio-Humeralgelenke vom Standpunkte der operativen Chirurgie des Ellenbogengelenkes aus.) Rev. de chirurg. **33**, S. 137—142. 1913.

Nicht allzu selten kann man nach Ellenbogenoperationen die Entstehung einer

Lähmung der Extensoren und Abduktoren der Hand beobachten, welche auf eine Verletzung des motorischen Astes des N. radialis zurückzuführen ist. Verf. berichtet über 3 selbst beobachtete Fälle, bei denen es sich um 2 Resektionen und eine Arthrotomie im Bereiche des Ellenbogengelenkes handelt. Jacob macht darauf aufmerksam, daß der Chirurg bei allen Eingriffen am Ellenbogengelenk eine genaue Kenntnis über die Lage des motorischen Astes zum Ellenbogengelenk, insbesondere zum Radiohumeralgelenk haben muß. Die bisher von den französischen und ausländischen Anatomen angegebenen Punkte sind ungenügend und ungenau. Verf. hat an 20 Personen Untersuchungen über die Lage des N. radialis gemacht und zwar sowohl bei Pronation wie bei Supination.

Die Untersuchungen hatten folgendes Resultat: Der N. radialis teilt sich nach seiner Ankunft in der unteren Loge des Vorderarmes in zwei Teile, in einen oberflächlichen sensiblen und in einen motorischen tiefen Ast. Der motorische Ast ist für die Extension, Supination und Abduktion der Hand von äußerster Wichtigkeit. Er verläuft in dem äußeren Teile des Ellenbogengelenkes und dringt dann in den Supinator brevis ein, den er gleichsam in zwei Hälften zerlegt. Die Abgangsstelle des Astes liegt fast immer 2—24 mm oberhalb des Radiohumeralgelenkes. Die Richtung des Astes geht nach hinten unten und außen, wobei der Nerv gewissermaßen eine Spirale um den obersten Teil des Radius beschreibt. Die vordere Radiohumeralgelenkfläche wird von dem motorischen Ast zunächst gekreuzt, 16—22 mm unterhalb des Gelenkes tritt er in den bereits erwähnten Muskel ein und durchbohrt bei seinem Austritt die oberflächliche Schicht desselben an der Stelle, wo der Muskel die äußere Fläche des Radius erreicht. Die Durchbohrungsstelle liegt gewöhnlich 2—30 mm von dem unteren Rande des M. supinator brevis. Als Ausgangspunkt für die Messung wird das Radio-humeralgelenk als sog. fixierter Punkt angenommen. Die weiteren Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Am Schlusse der Arbeit stellt Verf. als Anhaltspunkt für die Schnittgrenze zwecks Vermeidung des Nerven bei Operationen fest: 1. Bei Pronationsstellung des Vorderarmes eine schräge Linie, welche 2 Punkte verbindet, von denen der eine 40 mm unterhalb des Radio-humeralgelenkes auf der mittleren longitudinalen Achse der äußeren Radiusfläche gelegen ist, wogegen der andere 60 mm unterhalb des gleichen Gelenkes auf der mittleren Längsachse der hinteren Radiusfläche liegt.

2. Starke Supination des Vorderarmes: schräge Linie, welche die äußere Radiusfläche 20 mm unterhalb des Radio-Humeralgelenkes schneidet und in den gleichen Achsen die hintere Fläche in einer Entfernung von 40 mm. *Grune* (Köln).

Ceccherelli, Giuseppe, Un caso di polidactilia. (Über einen Fall von Polydactylie.) (*Istit. di clin. chirurg., univ. di Parma.*) Clin. chirurg. **21,** S. **203** bis 211. 1913.

Ein 17jähriger hereditär nicht belasteter Maurer hatte an beiden Händen je einen völlig entwickelten und gut beweglichen überzähligen Zeigefinger und an beiden Füßen an der Innenseite je einen überzähligen Metatarsus, an welchem je 2 gut bewegliche Zehen saßen, sodaß jeder Fuß 7 Zehen hatte Die beiden überzähligen Zehen wurden an beiden Füßen exartikuliert, da sie beim Gehen hinderlich waren. *Herhold* (Hannover).

Untere Gliedmaßen:

Duvergey, I., La phlébite dans l'évolution des fibromes de l'utérus. (Über Venenentzündung bei Uterusgeschwülsten.) Rev. de chirurg. **33,** S. 26 bis 36. 1913.

Die Literatur über das Vorkommen von Phlebitiden beim Wachstum von Uterusfibromen (nicht im Anschluß an Operationen!) ist nicht sehr groß und doch besteht für Kliniker und Operateure ein Interesse dafür, da ein kausaler Zusammenhang beider Affektionen in einer Reihe von Fällen wohl vorzukommen scheint. Verf. berichtet über 5 derartige Erkrankungen unter 270 untersuchten Uterusfibromen, in allen Fällen war die Vena iliaca externa befallen. 2 Ursachen werden angeführt. 1. Kompression der Gefäße durch den Tumor; 2. Infektion; für beides werden Belege durch Autopsiebefunde erbracht. Namentlich vom letzteren Modus wird ein Fall besonders berichtet. Ausgehend von einer Infektion eines Uteruspolypen (Streptokokken im Uterussekret) kam es zu einer Phlebitis, die spontan zurückging. 8 Wochen später neue Phlebitis,

führt zum Absceß, der auch Streptokokken enthält. Verlangsamung des Blutstromes durch Kompression der Gefäße begünstigt die Infektion. Phlebitis durch Compression äußert sich klinisch durch ganz geringe Temperatursteigerung und geringe Schmerzen, bleibt oft unbemerkt und zeigt sich erst durch eine Embolie nach operativem Eingriff. Phlebitis durch Infektion macht Fieber, Schmerzen und ist leicht zu erkennen. Um die fatale Embolie nach operativem Eingriff wegen Uterustumoren zu vermeiden, empfiehlt Verf. bei allen Fällen von großen Tumoren genaue Temperaturmessungen vorzunehmen, zu sehen, ob Erweiterungen der Venen der unteren Extremitäten auf eine intraabdominelle Kompression schließen lassen und dann nicht sofort zu operieren, sondern Patienten absolut ruhig liegen zu lassen, bis die „intraabdominelle" Phlebitis geheilt ist. Ist aber der chirurgische Eingriff dringend indiziert, so soll mit möglichster Schonung der beteiligten Gefäße operiert werden, um die Embolie zu vermeiden. *Brewitt* (Lübeck).

Erfurth, Fr., Isolierte Lähmung des Musculus glutaeus medius et minimus nach einem Unfall. (*Städt. Thiemsche Heilanst., Cottbus.*) Monatsschr f. Unfallheilk. u. Invalidenwes. 2, S. 46—49. 1913.

Bei einem Arbeiter, welcher vor längerer Zeit von einem fallenden Baumstrunk am linken Bein verletzt worden war, fand sich außer einem verheilten Bruch des inneren Oberschenkelknorrens eine hochgradige Atrophie des äußeren Teiles der Ge äßmuskulatur der verletzten Seite. — Auf Grund des klinischen Befundes und mit Berücksichtigung des hier vorhandenen „Trendelenburgschen Zeichens" wurde eine isolierte Lähmung des Musculus glutaeus medius und minimus angenommen, offenbar hervorgerufen durch direkte Verletzung des N. glutaeus sup. Anführung dreier weiterer Fälle aus der Literatur. *Riedl* (Linz a. Donau).

Breus, C., Zur Ätiologie und Genese der Ottoschen Protrusion des Pfannenbodens. Wiener klin. Wochenschr. **26,** S. 167—175. 1913.

Bei präziser Festhaltung des Ottoschen Paradigmas sind bis jetzt 13 Fälle von Protrusionspfannen — und zwar bis auf einen anatomisch — erwiesen (4 bei Männern einseitig, 9 bei Frauen, wovon 6 doppelseitig). Nicht jede buckelig deformierte und ausgeweitete Pfanne kann der scharf umgrenzbaren Anomalie zugeschrieben werden. Sie ist Folge eines arthritischen (wahrscheinlich gonorrhoischen, wie sicher in den Fällen Schlagenhaufer und Bennecke) Prozesses, der zunächst zu einer kreisrunden, zentral gelegenen Defektbildung im Pfannenboden führt, dessen schwielige Weichteilbedeckung durch den gegen das Beckeninnere andrängenden Schenkelkopf vorgetrieben wird. Nach schnellem Ablauf des entzündlichen Prozesses findet knöcherne Neubildung des Pfannenbodens statt. dessen Tiefe nur von der Größe des primären Defekts, nicht von dem Alter des Prozesses abhängt. Die endgültige Form des Ottoschen Beckens kommt erst durch sekundäre deformierende Veränderungen (Hyperostosen, Sklerosen, Abschleifungen) zustande, die zu manschettenartigen Ansätzen um den Hals, Erhöhung des Pfannenrandes, Verkleinerung der Pfannenmündung, Verdickungen ihres Bodens, Verkürzung des Femurkopfes führen können. Diese an Arthritis deformans erinnernden Veränderungen sind lediglich sekundär durch den gestörten Gebrauch hervorgerufen und bilden so ein Anzeichen des längeren Bestandes. Weder Arthritis def. noch Tuberkulose oder Osteomyelitis kommen ätiologisch für die besprochene Deformität in Frage. Die Arbeit polemisiert vor allem gegen den in neueren Mitteilungen angenommenen Zusammenhang mit Tabes. Bei den tabischen Coxitiden fehlt jede Protrusion nach innen; die abnorme Pfannentiefe wird durch Randwülste der vor allem angegriffenen Pfannenränder vorgetäuscht. Es fehlt das Moment der relativ größeren Druck- und Preßfestigkeit des Femurknochens, dessen Einwirkung auf die Pfanne zudem durch Schlottergelenkbildung abgeschwächt wird. Dazu kommen die beträchtlichen Ausweitungen der Pfanne, die Abschliffe an ihr und am Kopf, die Kopffragmente. Den Henschenschen theoretischen Überlegungen liegen bisher keine anatomischen Beobachtungen stützend zugrunde:

Der Fall H. Chiaris, in dem sich bei sicherer Tabes unzweifelhaft eine doppelseitige Protrusionspfanne vorfand, stellt eine zufällige Kombination dar: An der linken Hälfte findet sich noch das unbeeinflußte Ottosche Bild der zentralen gleichmäßigen Kuppelung der Pfanne. Da der Schenkelkopf nicht in sie hineinpaßt, auch Abschliffe fehlen, kann sie nicht durch eine schrittweise Ausreibung entstanden sein. Rechts sprechen die starke Erweiterung der Pfanne, ihre partiellen divertikulären Ausbuchtungen und entsprechenden Unregelmäßigkeiten der inneren Oberfläche, wie die Verkürzung und Deformierung des Schenkelkopfes gegen die tabische Entstehung. Vielmehr hat hier die tabische Arthropathie sich an dem bereits auf anderer Grundlage veränderten Gelenk niedergelassen und die ursprünglichen Veränderungen verwischt. Im Falle Kaufmanns ist die keineswegs typische ungleiche kraterförmige Ausbuchtung der Pfanne Folge eines Beckenbruchs, wie die Frakturreste am horizontalen Schambeinaste, die Exostosen und Randwülste und das präzise Einsetzen der Beschwerden nach einem schweren Trauma beweisen. Die Tabes ist hier lediglich später hinzugekommen und hat vielleicht die vorhandenen Muskelverknöcherungen herbeigeführt. *Sievers* (Leipzig).

Roux, Luxation de la hanche, résultats éloignés. (Endresultate nach Hüftverrenkung.) Rev. méd. de la Suisse Romande **33**, S. 5—39. 1913.

Nach einer Einleitung über die Beurteilung der Folgezustände einer Fraktur im allgemeinen bespricht der Autor an der Hand von 22, teilweise Jahre nach der Verletzung untersuchten Fällen von reponierter Hüftverrenkung die Endresultate, die keineswegs so günstig sind, wie man glauben sollte. Es empfiehlt sich daher eine längere Nachbehandlung als üblich, da man in Unkenntnis der in der Tiefe verborgenen Schädigungen im allgemeinen den Patienten für zu früh hergestellt erachtet. Die Prognose verdüstern weniger die röntgenologisch erkennbaren Störungen als die Verletzungen der Weichteile, die, viel schwerer wahrnehmbar, leicht übersehen werden. Auch das Alter der Verletzten beeinflußt die Prognose. Man hat demnach selbst bei den einfachsten Fällen von Hüftverrenkung mit einer posttraumatischen Arthritis deformans zu rechnen; überhaupt werden bei der Diagnose Malum coxae senile frühere Verletzungen der Gelenkknorpel zu wenig berücksichtigt.

Zum Schluß bespricht der Autor sein Verfahren zur Reposition von Hüftluxationen, genannt Procédé de la pelle, mittelst dessen man ohne Kraftanstrengung selbst bei kräftigen Patienten auskommt. Der narkotisierte Kranke liegt auf einer Matratze am Boden. Der Operateur beugt die verenkte Hüfte, angenommen die rechte. Er bringt nun sein linkes Knie unter das des Verletzten, legt seine linke Hand auf das Knie und seine rechte auf die Knöchelgegend desselben. Nun bedient er sich des Unterschenkels des Verletzten wie eines Schaufelgriffes, mit dem er eine schwere Last zu heben hätte. Bei sehr langem Oberschenkel des Pat. braucht man nur den eigenen Fuß in Plantarflexion zu stellen. *Streissler* (Graz).

Chlumský, V., Therapeutische Mitteilungen. 4. Extension bei älteren kongenitalen Hüftgelenkluxationen. Zeitschr. f. orthop. Chirurg. **31**, S. 66. 1913.

Bringt die sich über 6—8 Wochen erstreckende Extensionsbehandlung bei älteren Kindern als Vorbereitung für die unblutige Einrenkung in empfehlende Erinnerung. *Duncker* (Köln a. Rh.).

Savariaud, Ce qu'il faut savoir de la luxation congénitale de la hanche. (Was man von der angeborenen Hüftgelenksverrenkung wissen muß?) Journal de méd. de Paris **33**, S. 51—52. 1913.

Schilderung der bekannten Symptome. Frühzeitige Behandlung, am besten im 2. Lebensjahre, gibt eine gute Prognose. Bei 5- oder mehrjährigen Kindern hat man bereits mit Muskelretraktionen, Kapselschrumpfung und Knochenveränderungen zu rechnen. Die Grenze für erfolgreiche Reposition einer doppelseitigen Luxation zieht Saviraud bei 10 Jahren, einer einseitigen bei 11 oder 12 Jahren. Durch subtrochantere Osteotomie kann eine veraltete Luxatio posterior wesentlich gebessert werden. *Duncker* (Köln a. Rh.).

Morton, Charles A., The results of excision of the hip-joint in 34 cases of suppurating tuberculous disease. (Die Ergebnisse der Hüftgelenksresektion in 34 Fällen von tuberkulöser Coxitis.) Brit. med. journal **2720**, S. 330 bis 332. 1913.

Verf. berichtet über 35 Hüftgelenksresektionen bei 34 Fällen von tuberkulöser Hüftgelenksentzündung, davon einmal bei doppelseitiger. Er operierte nur, nachdem vorher Eiter im Gelenk nachweisbar war. In allen Fällen legte er durch vorderen Längsschnitt unterhalb der Spin. ant. sup. das Gelenk frei. Die Verheilung

erfolgte unter Drainage meist schon in zwei Monaten. Die Dauererfolge waren: in fast allen Fällen Beugung der Hüfte bis zum rechten Winkel. Die seitliche Bewegung war gewöhnlich weniger gut, in einem Falle jedoch waren fast alle Bewegungen gut. Die Verkürzung betrug gewöhnlich kurz nach der Operation 1 Zoll, nach einigen Jahren 2—2½ Zoll, in einem Fall 9 Jahre nach der Operation 9 Zoll. In einigen Fällen leichteres, in anderen Fällen ausgesprocheneres Hinken. Verf. meint, daß die größere Verkürzung durch Einpflanzen des Trochanters in das Acetabulum vermieden werden kann. Das würde jedoch meist die Ankylose zur Folge haben, und diese sei mehr zu vermeiden als eine beträchtliche Verkürzung. Vergleichende persönliche Beobachtungen, ob nach der einfachen Arthrotomie bei tuberkulösen Hüftgelenken die Beweglichkeit ebenso gut wird, fehlen dem Verf. Die Verkürzung ist zwar erheblicher als bei den konservativ behandelten Fällen, jedoch auch bei diesen kommen erhebliche Verkürzungen vor, teils durch Schwund infolge der Krankheit, teils durch ein „wanderndes Acetabulum". Es folgen die Krankengeschichten der eigenen Fälle. *Hinz* (Lichterfelde).

Cruet, P., et P. Moure, Résultats éloignés d'un vissage du grand trochanter pour fracture du col du fémur. (Fernresultat einer Verschraubung des Trochanter maior wegen Schenkelhalsfraktur.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris **15**, S. 17—20. 1913.

Beschreibung des Sektionspräparates einer durch eine Delbetsche Schraube fixierten intrakapsulären Schenkelhalsfraktur mit starker Verkürzung des Halses und hochstehendem Trochanter. Es besteht vollkommene Konsolidation bei freier Beweglichkeit des Gelenks ohne irgendeine Reaktion am Kopf oder in der Umgebung der Schraube. *Joseph* (Berlin).

Bindi, Ferruccio, Due rari casi di traumatologia. (Zwei seltene Verletzungen.) (*Osp. di Santa Maria della misericordia, Poppi.*) Gaz. degli osp. e delle clin. **34**, S. 193—194. 1913.

30jährige Frau bricht sich die Fibula über dem Mall. ext. bei gleichzeitiger komplizierter Pronationsluxation des Fußes, mit ausgedehnter Zerstörung der Haut und der Ligamente am Mall. int., mit Sichtbarsein der Talusrolle. Incision an der Frakturstelle zur Reposition der Fragmente; Reposition der Luxation, nach welcher aber der innere Knöchel noch immer bloßliegt. Nach Konsolidierung der Fraktur wird deshalb der Mall. int. reseziert. Vernarbung. Gutes funktionelles Resultat. — 27jähriger Mann stürzt in voller Fahrt vom Motorrad mit solcher Wucht gegen eine Telegraphenstange, daß der Oberschenkel suprakondylär bricht und das perforierende Fragment sich derart in das Holz des Pfahles einbohrt, daß es mit einem starken Messer aus demselben ausgeschnitten werden muß. In Narkose Entfernung von Knochensplittern bis zu 8 cm Länge. Extension auf Schiene, die aber wegen großer Diastase (10 cm) der Bruchstücke nach wenigen Tagen wieder abgenommen wird. Gutes funktionelles Resultat mit geringer Verkürzung. *Wittek* (Graz).

Mauclaire, Distorsioni ed emartrosi del ginocchio. (Distorsionon und Blutergüsse des Kniegelenkes.) Gaz. degli osp. e delle clin. **34**, S. 91—93. 1913.

Clermont, Sur la disjonction tibio-péronière et les fractures du cou-de-pied. (Essai de classification.) (Über die Zerreißung des Bandapparates zwischen Tibia und Fibula und Frakturen im untersten Teile des Unterschenkels. [Versuch einer Einteilung.]) Rev. de chirurg. **33**, S. 143—170. 1913.

Zunächst folgt in Clermonts Arbeit eine kurze Betrachtung der Gelenkgabel, wobei besonders betont wird, daß der Fuß sich normalerweise in einer geringen Valgusstellung befindet. Sobald eine Veränderung in der Gabel eintritt, versucht das Sprungbein aus der Gabel zu luxieren, meist nach hinten oder vorne. Zur Aufklärung des Bandapparates zwischen Tibia und Fibula verweist Verf. auf die in Tillaux Werke enthaltene Figur, welche den anatomischen Verhältnissen absolut nicht gerecht wird, sondern eine breite Diastase beider Knochen zeigt. Cl. hat Leichenpräparate angefertigt und nachgewiesen, daß die drei Bänder Lig. tibiale ant. und Lig. tibiale post. und die Fortsetzung des Lig. interosseum eine ganz enge Verbindung, gleichsam eine Synostose beider Knochen bilden, wobei die Fibula fest in einer Delle der Tibia ruht. Am stärksten ist das hinterste Band, welches eine Insertionshöhe von 2 cm und eine Banddicke von 1 cm hat. In seiner Arbeit beschränkt sich Verf. nur auf die Torsions- und Flexionsfrakturen, welche durch Drehung oder Biegung allein oder durch beide zusammen entstehen können. Die Torsionsfraktur zeigt einen schrägen Verlauf, der von dem Grade und der Richtung der einwirkenden Gewalt abhängig ist. Flexionsfrakturen zeigen einen queren Verlauf, ihre Fläche ist fast immer gezähnt, bei Kindern ist es stets der Fall. Zuweilen soll

auch bei den Flexionsfrakturen ein schräger Verlauf beobachtet worden sein. Am häufigsten ist die Torsionsfraktur. Hierauf kommt Verf. des näheren auf das Verhalten des Bandapparates zweier fixierter Knochen zu sprechen. Da die obere Bandverbindung zwischen Tibia und Fibula intakt bleibt, so muß entweder die Tibia bei Torsionsbrüchen zuerst einbrechen, worauf dann der Bruch der Fibula erfolgt. Da dies jedoch bei den indirekten Frakturen der Fibula nicht der Fall ist, so muß logischerweise der untere Bandapparat einreißen, damit eine Fraktur entstehen kann. Verf. schlägt dann vor, den Ausdruck Diastase bei der Einteilung der Frakturen vollständig fallen zu lassen, da dieser Ausdruck bei vielen Autoren fälschlicherweise synonym mit Zerreißung ist. Seine Anschauungen begründet Cl. auf Grund eigener Beobachtungen, wobei er besonders auf einen Fall verweist, wo bei einer Dupuytrenschen Fraktur eine Zerreißung des vorderen Bandes in senkrechter Form vorlag, ohne daß eine Diastase festzustellen war, letztere ließ sich jedoch schnell durch zarte, stumpfe Abhebelung herbeiführen. Quenus Versuche ergaben, daß nach Resektion des vorderen Bandes eine Diastase zwischen Tibia und Fibula eintrat. Hieraus folgert Cl., daß das Äquivalent einer Resektion des vorderen Bandes eine vordere Randfraktur an der Tibia oder auch eine solche an der Fibula sein kann. Sind alle drei Bänder abgerissen, so ist die Diastase eine sehr große. Das Lig. tibio-fibulare post. kann sowohl an der Tibia wie an der Fibula abreißen, wodurch stets eine Abrißfraktur infolge der abnormen Stärke des Bandes am hinteren Tibiaende entsteht. Ist dies nicht der Fall, so kann eine indirekte Oblique-Malleolarfraktur (Dupuytrensche tiefe Fraktur) entstehen. Große hintere Tibiarandbrüche werden nach Chaput durch Kompression erzeugt. In der Abhandlung Cl.s handelt es sich um mittlere und kleinere Randbrüche am hinteren Rande der Tibia; sog. Verstauchungen läßt Cl. ebenfalls nicht gelten, da meist ein Bandriß vorhanden ist, wie er klinisch in dem bereits erwähnten Falle nachweisen konnte. Verf. verlangt stereoskopische Röntgenaufnahmen, da bei den einfachen Aufnahmen häufig Überdeckungen der Knochenschatten und Unklarheiten vorkommen, was bei stereoskopischer Aufnahme nicht der Fall ist, da alles an seiner entsprechenden Stelle im Raume zu sehen ist. Ferner bespricht er noch kurz die Einteilungen der Frakturen von Desdot und Quenu. Cl. ist der Ansicht im Gegensatz zu Quenu, daß die Diastase und ihre Äquivalente die verschiedensten Variationen der Bandzerreißung zwischen Tibia und Fibula, die wesentliche primitive Läsion bei den Frakturen des untersten Teiles des Unterschenkels bilden. Aus diesem Grunde hält er es für logisch, seine Klassifikation hierauf zu begründen: 1. Malleolenbrüche — ohne Zerreißung. 2. Frakturen oder Läsionen, die die Zerreißung hervorrufen und sich auf diese Verletzung beschränken (einhergehend mit oder ohne Fraktur des Malleol. internus). 3. Fraktur des Malleolus internus, Zerreißung und Frakturen der Fibula (in verschiedener Höhe). 4. Frakturen des Wadenbeins, verbunden mit Bruch der Tibia diaphyse (mit oder ohne Zerreißung). *Grune* (Köln).

Toussaint, H., Fracture de Dupuytren avec subluxation du pied en arrière et en dehors, au cours d'un tabes fruste. Athérome de la tibiale postérieure. (Knöchelfraktur mit Subluxation des Fußes nach hinten-außen bei larvierter Tabes und Atheromatose des A. tibialis post.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 208—211. 1913.

50jähriger Mann mit hereditärer Lues: reflektorische Pupillenstarre und positiver Wassermann. Am linken Unterschenkel so starke Atheromatose der Arterie, daß der Verlauf auf dem Röntgenbilde erkennbar ist. — Beim Bergabgehen eines Tages ohne jedes Trauma Herabsinken des linken Fußes; Diagnose: Fraktur beider Knöchel mit Luxation des Fußes nach hinten-außen. Behandlung erst im Gipsverband nach Reposition in Narkose, dann Massage und Bewegungen; außerdem alle 2 Tage 0,02 Hg Bijodat intramuskulär. *Magnus* (Marburg).

Chaput, Résections partielles ou totales du tarse et du cou-de-pied par l'incision médiane dorsale. (Teilweise oder totale Resektionen der Fußwurzelknochen und des Sprunggelenkes durch mittlere dorsale Schnittführung.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 313—316. 1913.

Chaput empfiehlt für Knochenoperationen an der Fußwurzel einen dorsalen Schnitt in der Mittellinie, von welchem aus er sowohl die Tarsalknochen und den Talus — letzteren in 4 Stücken — entfernt hat, als auch das Sprunggelenk reseziert hat. In 21 Fällen hat sich ihm der Schnitt bewährt, welcher vor den übrigen in Frankreich üblichen Schnittführungen den Vorzug hat, daß weder Sehnen noch Gefäße und Nerven verletzt werden. *Vorderbrügge* (Danzig).

Marsiglia, G., Un caso di polidattilia bilaterale del piede. (Fall von beiderseitiger Polydaktylie des Fußes.) (*Istit. di patol. chirurg., univ. Napoli.*) Giorn. internaz. delle scienze med. **35**, S. 214—221. 1913.

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie
Band I, Heft 10 und ihre Grenzgebiete S. 393—488

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Brüning, F., 100 Bände Archiv für klinische Chirurgie. Eine literarisch-statistische Studie. Arch. f. klin. Chirurg. **100**, Suppl., S. 1—124. 1913.

Comandon, J., C. Levaditi et S. Mutermilch, Étude de la vie et de la croissance des cellules in vitro à l'aide de l'enregistrement cinématographique. (Untersuchung über Leben und Wachstum von Gewebskulturen mit Hilfe kinematographischer Aufnahmen.) Cpt. rend. hebdom. d. séanc. de la soc. de biol. **74**, S. 464—467. 1913.

Verff. machen Mitteilung von kinematographischen Aufnahmen, die sie von nach der Carrelschen Methode in Hühnerplasma gezüchteten Milzstückchen und Herz von Hühnerembryonen angefertigt haben. Sie beschreiben die Wanderung der Leukocyten und die Teilung spindelförmiger Herzzellen. Letztere ballen sich vor der Teilung in Kugelform zusammen und zeigen Granula. *Rost* (Heidelberg).

Brass, Hans, Über physiologische Pigmentablagerung in den Capillarendothelien des Knochenmarks. 10. Fortsetzung der Studien über das Blut und die blutbildenden und -zerstörenden Organe von Franz Weidenreich. (*Anat. Inst., Straßburg.*) Arch. f. mikroskop. Anat., Abt. 1, **82**, S. 61—78. 1913.

Kassowitz, Max, Zur Pathogenese und Ätiologie der Rachitis. Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 201—203. 1913.

Ribbert hat in einer kürzlich erschienenen Arbeit (Beiträge zur Rachitis, Deutsche med. Wochenschr. 1913, S. 8) aus dem Befunde nekrotischer Knorpelzellen in dem von den Markräumen durchsetzten und unregelmäßig eingeschmolzenen Knorpel auf eine Entstehung der Rachitis durch toxische, auf das Skelett wirkende Einflüsse geschlossen. Das Kalklosbleiben des Knorpel- und Knochengewebes wird von ihm auf eine Schädigung dieser Gewebe durch toxische Substanzen zurückgeführt, die zur Folge hat, daß sie nicht imstande sind, sich mit dem in hinreichender Menge in der Nahrung dargebotenen und zur Resorption gekommenen Kalk zu imprägnieren. Die toxischen Substanzen sollen von einer durch falsche Ernährung bedingten Stoffwechselstörung herrühren. Demgegenüber betont Kassowitz auf Grund seiner eigenen diesbezüglichen Untersuchungen älteren und jüngeren Datums, daß der rachitische Knorpel- und Knochenprozeß entzündlicher Natur ist. Den histologischen Beweis für die irritative Natur des rachitischen Knorpel- und Knochenprozesses sieht K. in der krankhaft gesteigerten Gefäß- und Markraumbildung. Diese soll einerseits eine stärkere Einschmelzung der bereits verkalkten Texturen zur Folge haben und andererseits infolge der krankhaft gesteigerten Saftströmung in der Umgebung der abnorm zahlreichen und abnorm weiten Gefäße die Ablagerung von Kalksalzen in dem neugebildeten Knochengewebe verhindern. Daß die das Skelett schädigenden toxischen Substanzen von Stoffwechselstörungen infolge unzweckmäßiger Ernährungen herrühren sollen, lehnt K. noch deshalb ab, weil Rachitis sich nicht selten auch bei ganz normal verdauenden, gut gedeihenden Brustkindern findet, weil ferner gerade in den Sommermonaten mit ihren so zahlreichen Dyspepsien und Darmkatarrhen die Rachitiskurve viel niedriger ist als im Winter und endlich, weil in tropischen Gegenden selbst dort, wo eine große Kindersterblichkeit infolge von Enterokatarrhen und Cholera infantum herrscht, Rachitis entweder ganz fehlt oder nur in wenigen leichten Fällen auftritt. Als Ursprung der Rachitis erzeugenden Reizstoffe werden von K. vielmehr „respiratorische Noxen" angenommen, speziell die Verunreinigungen der Atemluft in den engen, schlecht ventilierten und zu dicht bewohnten Proletarierwohnungen sollen eine Hauptrolle spielen. *Lehnerdt* (Halle a. S.).[K]

Jaroschy, Wilhelm, Zur Kenntnis des klinischen Bildes der Chondrodystrophia foetalis. (*Chirurg. Klin., Prag.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **83,** S. 379 bis 418. 1913.

Nach einem kurzen Überblick über die Entwicklung der Pathologie der Erkrankung, wobei besonders darauf hingewiesen wird, daß entgegen der bisher verbreiteten Anschauung der größere Teil der chondrodystrophischen Foeten extrauterin weiterlebt und zum Teil ein hohes Alter erreicht, bespricht Verf. die Ätiologie der Erkrankung. Dieselbe ist in völliges Dunkel gehüllt. Alle bisherigen Annahmen (innersekretorische Ursachen, Syphilis, Tuberkulose, Hemmungsbildungen, Existenz einer besonderen Zwergrasse usw.) sind teilweise recht unwahrscheinliche Hypothesen. Der einzige sichere ätiologische Faktor ist die Heredität. Unter den im 2. Teil der Arbeit angeführten, vom Verf. selbst beobachteten 4 Fällen betreffen 3 Geschwister. Mit der Rachitis hat die Erkrankung nichts zu tun, wenn auch öfter Kombinationen vorkommen. Nomenklatur: Achondroplasie (französ. Autoren) = Chondrodystrophia foetalis (deutsche Autoren). Aus den weiteren Auseinandersetzungen über die pathologisch-anatomischen Veränderungen, die klinischen Erscheinungen und die Differentialdiagnose besonders gegenüber der Rachitis, die sich für ein kurzes Referat nicht eignen, sei nur hervorgehoben, daß zu den konstantesten Erscheinungen eine charakteristische dreizackähnliche Veränderung der Hand und des Fußes gehört, ferner ein Hochstand des Fibulaköpfchens, Coxa vara, Behinderung der Streckung im Ellenbogengelenk infolge von massiger Entwicklung des Olecranon, in der Jugend prämature Synostosen und unregelmäßige Verknöcherung der Epiphysen, im Alter charakteristische Veränderungen an den Rippen. Die Therapie erstreckt sich in der Hauptsache vorläufig nur auf etwa nötig werdende Osteotomien und auf geburtshilfliche Leistungen, die wegen der sehr häufigen und schweren Verengerungen des Beckeneinganges meist in der Sectio caesarea zu bestehen haben. 4 Krankengeschichten mit Photographien und Radiogrammen. *Schultze* (Posen).

Weber, F. Parkes, Multiple calcification (calcinosis) in the subcutaneous tissue. (Multiple Kalkablagerung im subkutanen Zellgewebe [Calcinosis.]) (Clin. sect. of the roy. soc. of med. 11. X. 1912.) Brit. journal of child. dis. **10,** S. 97—104. 1913.

Bei 7jährigem Mädchen, das vor $2^1/_2$ Jahren an Scharlach, Diphtherie, Otitis media und einem marantischen Hornhautgeschwür erkrankt war, entwickelte sich bei normaler Temperatur ohne nachweisbare Veranlassung an den Extremitäten subcutane harte Knoten, die durch Confluenz größer wurden, teilweise unter entzündlichen Erscheinungen erweichten, schließlich ulcerierten und Eiter und Kalk detritus entleerten. Kopf, Thorax und Bauch waren nicht befallen, ebenso die Muskulatur frei von Ablagerungen. Außer einer mäßigen Vergrößerung der tastbaren Lymphdrüsen und einer geringen Verzögerung der Blutgerinnung kein abnormer Befund, Wassermann und Pirquet negativ. Die Kalkkrümmel erwiesen sich chemisch als Calciumcarbonat und Calciumphosphat. Die Knoten bestanden histologisch aus einem bindegewebigen Maschenwerk mit Einlagerung von Kalkherden, keine Andeutung von Knochenbildung. Bei Fehlen jeden ätiologischen Momentes wird die Erkrankung im Einklang mit älteren Publikationen, in welchen Kalkablagerungen als Begleiterscheinung von Sklerodermie und Raynaudscher Erkrankung beschrieben sind, unter den Begriff der „Calcinosis“ eingereiht. *Ehrlich* (Wien).

Santoro, Giuseppe, I principii, la tecnica ed i risultati della trasfusione diretta del sangue. (Die Prinzipien, die Technik und die Resultate der direkten Bluttransfusion.) Arch. italiano di ginecol. **16,** S. 1—17. 1913.

Nach einer historischen Einleitung legt Verf. die Prinzipien dar, nach welchen die direkte Bluttransfusion ausgeführt wird. Die älteren Methoden brachten verschiedene Gefahren mit sich, so z. B. die Bildung von Blutkoagula, die Möglichkeit der Agglutination und der Hämolyse und endlich die Plethora, welche durch eine ungenügende Dosierung des transfundierten Blutes verursacht wurde. Den Amerikanern gebührt das Verdienst, diese verschiedenen Probleme gelöst zu haben, in Europa haben Queirolo, Payr, Ottenberg, Crile, Tuffier, Roux u. a. brauchbare Methoden angegeben. Während Tuffier und Crile die Prüfung des Blutes in bezug auf das

Agglutinationsvermögen und auf die Hämolyse als überflüssig betrachten, wird in Amerika dieselbe gewöhnlich durch die Methode von Epstein und Ottenberg durchgeführt. Nach der Beschreibung dieser Methode berichtet Verf. über 2 Fälle, bei denen er Gelegenheit hatte mit Erfolg die Transfusion auszuführen.

Verf. gibt eine genaue Beschreibung der von ihm angewandten Technik und des Instrumentariums: Kanüle von Crile, bestehend aus 2 Halbrinnen die mit Schrauben auseinander oder zusammengebracht werden können, je nach dem Kaliber des Gefäßes. Das zentrale Ende der bloßgelegten A. radialis des Gebers wird mit der Kanüle versehen, das freie Ende derselben wird dann in die V. cephalica des Empfängers eingeführt. Das Blut wird während 30—40 Minuten übergeführt, am Empfänger wird alle 5 Minuten ein Tropfen Blut untersucht. — 1. Fall. 21jährige Frau. Schwere Anämie infolge von Blutverlusten nach einer Inversio uteri. 20% Hämoglobin. Alle üblichen blutbildenden Mittel erfolglos. Transfusion von der Art. radialis des Gebers in die V. Cephalica des Empfängers. Auffallende rasche Besserung, nach 6 Tagen ist die Kraft, die Energie zurückgekehrt, und nach 8 Tagen kann Patientin das Bett verlassen nach 3monatiger schwerer Krankheit. — 2. Fall. 37jährige Frau. Fast moribund, schwere Hämorrhagie durch Ruptur eines Tubarsackes. Transfusion von einem Verwandten aus. Puls geht von 150 auf 110 herunter, die Respiration von 45 auf 30. Das Kolorit wurde normal und der Allgemeinzustand so gut, daß man ohne Bedenken die Operation machen konnte. Heilung nach 21 Tagen. — Der Geber erholt sich rasch, die einzige Gefahr für den Empfänger ist die akute Herzdilatation. Andere Methoden werden auch angegeben: Die Technik von Carrel wird bei sehr kleinen Gefäßen wie bei Kindern ihre Indikation finden, die Gefäße werden durch direkte Naht anastomisiert. Vincent bedient sich einer 12 cm langen Glasröhre, deren Lumen 2 mm Durchmesser hat. Die Innenfläche wird mit Paraffinöl überzogen. Tuffier benutzt 3 Silberröhrchen mit Paraffinüberzug von einem Durchmesser von 1,5, 2 und 2,5 mm, je nach dem Kaliber der Gefäße (Beschreibung der Methode). Nach der Besprechung des Schicksals des infundierten Blutes gibt Verf. eine Übersicht der Resultate der modernen Transfusion. Vincent rettete 5 Säuglinge, Gaedman behandelte durch Transfusion einen hämophilen Knaben, die Zahl der Erythrocyten stieg von 1 000 000 auf 3 400 000 innerhalb 14 Tagen, das Hämoglobin von 12—50—70%.

Oui, Tuffier, Carrel und andere hatten ausgezeichnete Erfolge. Die Transfusion kann also mit Vorteil in folgenden Fällen angewandt werden: bei akuter Anämie, Anämie post partum und post operationem, bei Hämophilie, Purpura, perniziöser Anämie, Gasvergiftung, CO-Vergiftung; als präventives Mittel gegen den Operationsshock ist sie außerordentlich wertvoll. In Amerika wird sie in den meisten Spitälern öfters ausgeführt und hat namentlich für die gynaekologische und geburtshilfliche Praxis eine große Bedeutung. *Monnier* (Zürich).

Nolhia, H., L'emploi du sérum animal simple en chirurgie. (Die Verwendung von gewöhnlichem tierischen Serum in der Chirurgie.) Presse méd. **21,** S. 186—187. 1913.

Das tierische (Pferde-) Serum besitzt blutstillende und leukotaktische Eigenschaften und kann frisch oder getrocknet (sodann mit der 10fachen Menge Kochsalz aufzuschwemmen!) verwendet werden. Durch Erhitzen auf 56° C werden gewisse Schädlichkeiten vernichtet. Es ist geeignet zur lokalen Applikation auf Wunden, besonders nach Verbrennungen und intraperitoneal (20 bis 30 ccm) bei septischen Prozessen oder prophylaktisch. Bei parenchymatösen Blutungen empfiehlt sich besonders das Trockenserum. Sehr gute Wirkung (bei Blutungen überhaupt, bei Hämophilie) sieht man auch von intravenösen Injektionen des nicht erhitzten Serums. Bei Einspritzungen in größeren Pausen (15 Tage!) besteht die Gefahr der Anaphylaxie; in solchen Fällen ist durch äußerst vorsichtige subcutane Injektion zu prüfen, ob und in welchem Umfang das Individuum sensibilisiert ist. Auch bei Carcinomen ergaben Serumeinspritzungen, wenn auch vorübergehende Erfolge. Da das artfremde Serum auch anregend auf die blutbildenden Organe wirkt, kann es bei primären und sekundären Anämien mit Nutzen verwendet werden. *Kreuter* (Erlangen).

Stern, Walter G., Spontaneous gangrene and allied conditions in orthopedic surgery. (Spontane Gangrän und verwandte Zustände in der orthopädischen Chirurgie.) Americ. journal of orthop. surg. **10,** S. 381—395. 1913.

Gestützt auf die Krankengeschichten von 14 Fällen im Alter von 8 bis 65 Jahren, bei welchen Tabak, Alkohol, Ergotin oder chronische Metallvergiftung als ätiologischer Faktor

auszuschließen sind und ebenso Arterien- oder Herzerkrankungen keine wesentliche Rolle spielen, beschreibt Verf. das klinische Bild der spontanen Gangrän, das den Orthopäden besonders beschäftigt, weil die Kranken häufig wegen vermeintlicher Plattfußbeschwerden Hilfe suchen. Im Vordergrund der Symptome stehen die spastischen Erscheinungen an den Arteriolen, wodurch der Wechsel zwischen Anämie und Cyanose der Extremitäten bedingt ist. Als prodromale Erscheinungen für umschriebene Ernährungsstörungen stellen sich lokalisierte brennende Schmerzen ein, die im Gegensatz zu Plattfußbeschwerden anfänglich auch bei Ruhe der Extremität nicht verschwinden. An der Haut der Waden und des Fußrückens finden sich häufig charakteristische Veränderungen, in Form von atrophischen cyanotischen Flecken. In vielen Fällen ist intermittierendes Hinken zu verzeichnen. Der Ausgang in Gangrän ist nicht so sehr durch thermische Traumen bedingt, sondern wird viel häufiger provoziert durch geringfügige Verletzungen, wie Operationen wegen eingewachsener Nägel u. dgl. Die Prognose ist bei jugendlichen Patienten nicht schlecht, doch sind Rezidive häufig. Die konservative Therapie, die in vielen Fällen zur Heilung führt, in anderen allerdings nur den Zeitpunkt der Amputation um einige Monate hinausschiebt, besteht in absoluter Ruhe und Hochlagerung der befallenen Extremität unter gleichzeitiger Anwendung der arteriellen Hyperämie nach Cushing. Nach 5 Minuten langer Abschnürung der arteriellen Blutzufuhr werden cyanotische Extremitäten durch die folgende Gefäßparalyse hellrot gefärbt. *Ehrlich* (Wien).

Calot, F., Une nouvelle méthode de greffes dermo-épidermiques. (Eine neue Methode von Hauttransplantationen.) Belgique méd. **20,** S. 19—20. 1913.

Verf. schlägt vor, Thierschsche Läppchen zur Transplantation statt vom Lebenden von der Leiche zu nehmen, wobei es gleichgültig sein soll, ob die Entnahme nur Stunden oder schon Tage nach dem Tode stattfindet; auch das Alter soll ohne Belang sein. Wenn man bei Aufbringung der Läppchen auf den Defekt nur darauf achtet, daß die Granulationen in diesem Falle nicht abgekratzt werden, dann gehe die Anheilung in der Regel prompt von statten. Mit gewöhnlichem Wasser befeuchtete Kompressen zur Deckung des Transplantats werden empfohlen. *Neumann* (Heidelberg).

Hertzler, Arthur E., The principles of the technique of skin-grafting. (Die Prinzipien der Technik der Hautüberpflanzung.) Interstate med. journal **20,** S. 135—138. 1913.

Hertzlers Meinung nach genügt es nicht, die Granulationen von der zu transplantierenden Wundfläche mit scharfem Löffel zu entfernen, die ganze granulierende Fläche soll scharf mit dem Messer ausgeschnitten werden; Anwendung von Hitze und Chemikalien zur Hämostase soll vermieden werden, die Hautläppchen sollen nicht vor der Transplantation mit Wasser in Berührung kommen, sondern man lege sie nach ihrer Entnahme direkt an die Wundfläche. *Pólya* (Budapest).

Lucas, H., Über die freie Plastik der Fascia lata. Arch f. klin. Chirurg. **100,** S. 1129—1136. 1913.

Lucas berichtet zusammenfassend über vielseitige Verwendung der autoplastischen Fascientransplantation, welche er an einem reichhaltigen Material mit gutem Erfolg geübt hat. Unter den näher mitgeteilten 9 Fällen von Jacksonscher Epilepsie, bei welchen die Duraplastik mit Fascie ausgeführt wurde, konnte dreimal Besserung und sechsmal Heilung erzielt werden. (Die Beobachtungsdauer betrug 4 Monate, $^1/_2$ Jahr, 1 Jahr, $1^1/_2$ Jahre, in zwei Fällen wurde die Zeit nicht angegeben.) *Rehn* (Jena).

Etienne et Aimes, Trois cas de greffe graisseuse. (3 Fälle von Fetttransplantation.) (Soc. d. scienc. méd. de Montpellier, séance du 31. I. 1913.) Montpellier méd. **36,** S. 247. 1913.

Bericht über 3 Fälle von Fetttransplantation in osteomyelitische Höhlen. Die Erfolge waren wenig günstig: in 2 Fällen vollständiger Mißerfolg, in einem Fall ist das Resultat zweifelhaft. Bei der Sichtung aller einschlägigen Fälle fanden die Verff., daß das Transplantat fast stets entfernt wurde, da seine Ernährung nicht sichergestellt und die Desinfektion der Knochenhöhle äußerst schwierig ist. *Valentin* (Berlin).

Caillaud, E., Des avantages que présente l'absorption abondante de différents liquides par voie rectale, avant et après les grandes opérations. (Über den Vorteil rectaler Zufuhr großer Mengen differenter Flüssigkeiten vor und nach der Operation.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 330 bis 333. 1913.

Verf. betont unter dem Hinweis auf den Wert der Flüssigkeitszufuhr für die Operierten im allgemeinen die Leichtigkeit und Bequemlichkeit der tropfenweisen Flüssigkeitszufuhr

per rectum, und zwar nicht bloß nach, sondern auch vor der Operation. Die Gesamtmenge der rectal resorbierten Flüssigkeit betrug bis zu 6 Liter. Verwendet wurde: gewöhnliches Wasser, 7 promillige Kochsalzlösung, isotonisches Meerwasser, 20 promillige Glucoselösung. Günstigster Einfluß der Flüssigkeitszufuhr auf die Diurese und das Allgemeinbefinden der Kranken. *Kalb* (Stettin).

Chuiton, Traitement des engelures par le courant galvanique. (Behandlung von Frostbeulen mit galvanischem Strom.) Arch. d'électr. méd. **21,** S. 161 bis 162. 1913.

Die betroffenen Körperteile werden täglich 20 Minuten in einem Salzwasserbade einem Gleichstrom von 5—20 Milliampère ausgesetzt. Schon nach der ersten Sitzung hört das lästige Jucken auf, in den folgenden Tagen verschwinden die Beulen. *Denks* (Hamburg).

Dreuw, Die Adhäsoltherapie in der Chirurgie und Dermatologie. Allg. med. Zentral-Zeitg. **82,** S. 113—114. 1913.

Dreuw empfiehlt das nach seinen Angaben hergestellte Adhäsol mit oder ohne weiteren Medikamentenzusatz als Salbenpflaster für chirurgische und dermatologische Zwecke und namentlich als Deckverband bei granulierenden Wunden und chronischen Ekzemen, bei welchen es jeden anderen Verband überflüssig machen soll. *Reinhardt* (Sternberg in Mähren).

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Palazzo, Giuseppe, Sulla resistenza delle arterie al processo di suppurazione. (Über die Widerstandskraft der Arterien gegenüber dem Eiterungsprozeß.) (*II. clin. chirurg. e semiot., univ. di Napoli.*) Rif. med. **29,** S. 63—68, 99 bis 104, 127—131 u. 151—155. 1913.

In zahlreichen, unter verschiedenen Versuchsanordnungen angestellten Experimenten, wobei die Carotis bei Hunden freigelegt und die Wunde durch Vermeidung der Asepsis mit Marmorpulver oder Staphylokokkenkulturen infiziert wurde, studierte Palazzo die Widerstandskraft der Arterien gegen den Eiterungsprozeß und kam dabei in den Hauptpunkten zu folgenden Schlüssen: Die Arterien besitzen eine große Widerstandskraft gegenüber Entzündungsprozessen, die sich in ihrer Umgebung entwickeln. Zuweilen kann die außerordentliche Virulenz der Mikroorganismen vom Infektionsherde aus eine Nekrose der Arterienwand verursachen, die dann an dieser Stelle geschwürig wird. Selbst der geringe Dekubitus, wie er durch einen Faden oder Gaze verursacht werden kann, begünstigt die Nekrose der Arterienwandung. Die Abtragung der Gefäßscheide vermindert in geringem Grade die Widerstandsfähigkeit der Arterie gegenüber dem Entzündungsprozeß. Die Isolierung einer Arterie mit Mitteln, welche eine Verklebung derselben mit dem benachbarten Gewebe verhindern, verursacht eine rasche Nekrose derselben. Wenn dagegen die Isolierung mit Mitteln ausgeführt wird, die eine Verklebung der Arterie mit dem umgebenden Gewebe nach einigen Tagen gestatten, so geht diese nicht zugrunde. Die Tunica adventitia wird zuerst in größerer Ausdehnung von dem Einfluß der Mikroorganismen verändert, dann reagiert darauf das Endothel, während die Muscularis dem entzündlichen Einfluß am längsten widersteht. *Leuenberger* (Basel).

Reynolds, John, and Russell J. Reynolds, On the treatment of carbuncles, boils, staphylococcic infections, and certain streptococcic infections by the internal administration of large doses of dilute sulphuric acid B. P. (Über die Behandlung von Carbunkeln, Staphylococcen und gewisse Streptococceninfection mit innerlicher Anwendung von verdünnter Schwefelsäure in großen Dosen.) Lancet **184,** S. 749—750. 1913.

La terapia nel tetano. (Die Behandlung des Tetanus.) Riv. internaz. **8,** S. 9—12. 1913.

Überblick über die Aufgaben der Tetanusbehandlung, welche die Eintrittspforte der Infektion zu berücksichtigen hat und neben der spezifischen Serumtherapie diätische Maßnahmen und Medikamente verwenden muß. Schilderung der verschiedenen Applikationsformen des Antitoxins, der lokal anzuwendenden Mittel und der in neuerer Zeit wieder aufgenommenen Injektion von Carbolsäure nach Bacelli und von Magnesiumsulfat nach Blake. *Kreuter* (Erlangen).

Kolb, K., und K. Laubenheimer, Zur Beurteilung der prophylaktischen Serumtherapie des Tetanus. (*Chirurg. Klin. u. hyg. Inst., Heidelberg.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 456—457. 1913.

Bei einer Maschinenverletzung der Hand ließen sich aus dem Wundsekret durch den Tierversuch und das Kulturverfahren neben den Erregern der Gasphlegmone u. a. Mikroorganismen Tetanusbacillen nachweisen. Der Kranke erhielt prophylaktisch 120 Antitoxineinheiten „Höchst“ in die Subcutis der verletzten Extremität. Es traten in der Folgezeit keinerlei Erscheinungen von Starrkrampf auf. *Kreuter.*

Girard, Joseph, et Pierre Pietri, Étude d'un cas de rhinosclérome. (Über einen Fall von Rhinosklerom.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **34,** S. 273—286. 1913.

Eine 35jährige Frau, bei der auch mikroskopisch die Diagnose Rhinosklerom bestätigt wurde, behandelten die Verff. mit einem Autovaccin, dessen Herstellung sie genau beschreiben; nach 9 Injektionen in 2 Monaten traten charakteristische Reaktionen, vor allem Ulcerationen auf. Von einer weiteren Behandlung mußte einer Pneumonie wegen, an der die Frau dann starb, Abstand genommen werden. Bakteriologisch fand sich ein gramnegatives nicht tierpathogenes Stäbchen. *Valentin* (Berlin).

Brocq et Pomaret, Nouveau produit injectable pour le traitement de la lèpre. (Neue Injektionszusammenstellung zur Behandlung der Lepra.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. **24,** S. 70—73. 1913.

Um den Kranken die Schmerzen bei den intramuskulären Chaulmoorgraölinjektionen zu lindern, empfehlen Verff. eine von Poncart angegebene Kombination: 70 ccm des verflüssigten Chaulmoograöls werden mit 30 ccm Eucalyptol gut gemischt. Von dem filtrierten Gemisch werden je 2 ccm in Ampullen gefüllt und sterilisiert. Die Lösung ist klar, die Injektionen sind fast schmerzlos. *Vorderbrügge* (Danzig).

Kessler, Tuberkelbacillennachweis im Blut. Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 346. 1913.

Verf. gibt ein Verfahren an, welches auch die Untersuchung geronnenen Blutes auf Tuberkelbacillen im Gegensatz zu der Stäublischen Methode ermöglicht. Die Methode ist im Original nachzusehen. *Harms* (Mannheim).[M]

Kahn, Eduard, Zum Nachweis der „Tuberkelbacillen“ im strömenden Blut. (*Allg. Krankenh., Nürnberg.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 345—346. 1913.

Durch eine chemisch-physikalische Untersuchungsart kommt Verf. zu dem Resultat, daß die mikroskopische Methode zum Nachweis von Tuberkelbacillen im Blut absolut unzuverlässig ist. Die säurefeste Wachshülle der Tuberkelbacillen besteht zum großen Teil aus Cholesterin und Lecithin, Stoffen, die auch einen großen Teil der Stromata der roten Blutkörperchen ausmachen. Zum Nachweis, ob letztere daher nicht auch eine gewisse Säurefestigkeit besitzen könnten, wurden aus mehreren Litern Pferdeblut nach der Methode von Pascucci größere Mengen der Stromata isoliert, dabei konnte nachgewiesen werden, daß die auf keine Weise vorbehandelten Hüllen der roten Blutkörperchen in hohem Grade säurefest sind; aber auch wenn man die leeren Blutkörperchenhüllen in derselben Weise wie sonst das Blut nach Stäubli auflöst, lassen sich noch reichlich sicher säurefeste Elemente nachweisen, welche in Gestalt und Färbung ganz den Tuberkelbacillen gleichen. Der Befund „säurefester Stäbchen“ im Blut braucht daher nicht immer auf Verunreinigung oder Niederschlag bezogen zu werden, wie Bacmeister und Kneben annehmen bei negativem Tierversuch. *Harms* (Mannheim).[M]

Bacmeister, Das Auftreten virulenter Tuberkelbacillen im Blut nach der diagnostischen Tuberkulininjektion. (*Med. Univ.-Klin., Freiburg i. Br.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 343—345. 1913.

Bei Untersuchung des Blutes von 15 leichteren Fällen von Lungentuberkulose fanden sich bei allen säurefeste Bacillen im Ausstrichpräparat, dagegen war der Tierversuch in allen Fällen negativ. Bei den 15 Patienten wurde nun eine diagnostische

Tuberkulininjektion vorgenommen und 12—24 Stunden später möglichst auf der Höhe der Reaktion wieder Blut (10 ccm) entnommen und Kaninchen in die Bauchhöhle eingespritzt. Bei dieser Serie von Tieren wurden 4 tuberkulös. Ein Zusammenhang zwischen Auftreten virulenter Bacillen im Blut und der Tuberkulinreaktion scheint zu bestehen. Auf die Möglichkeit von schädlichen Folgen für den Patienten wird hingewiesen. In einer Schlußbemerkung wird auf eine Publikation von Lydia Rabinowitsch hingewiesen, die zu ähnlichen Resultaten kommt. Bacmeister betont die Unsicherheit des Bacillennachweises im Ausstrichpräparat.

Schick (Wien).[K]

Jaugeas, Le traitement des adénopathies tuberculeuses. (Behandlung der Drüsentuberkulose.) Paris méd. S. 125—128. 1913.

Die Heliotherapie ist zuerst von Poncet vor etwa 20 Jahren zur Behandlung der Gelenktuberkulose empfohlen worden. Finsen, Bernhardt, Rollier, de Quervain haben alle tuberkulösen Prozesse der Lichtbehandlung unterworfen. Unter der Sonnenbehandlung verschwinden selbst zahlreiche tuberkulöse Drüsen in kurzer Zeit. Die Drüsenabscesse werden zunächst mit einer Stichincision geöffnet. Infolge der Lichtbehandlung wird die Narbe fast unsichtbar, Keloide werden nicht beobachtet. Offene Drüsen heilen unter Hinterlassung kaum sichtbarer Narben. Der Allgemeinzustand wird auffallend gebessert. Die Röntgenbestrahlung beeinflußt große einzelne Drüsen, sowie große Drüsenpakete, während zahlreiche harte kleine Drüsen unverändert bleiben. Erweichte Drüsen heilen nach Punktion, aber auch ohne diese. Fisteln schließen sich ohne hypertrophische Narben zu hinterlassen. Auch hier Besserung des Allgemeinbefindens. Die Heliotherapie wirkt langsamer als die Röntgenbestrahlung, da die Sonnenstrahlen eine geringe Tiefenwirkung besitzen. Bei der Sonnenbestrahlung geht die Besserung des Allgemeinbefindens dem Rückgange der lokalen Veränderungen voraus. Damit ist die Indikation zu den beiden Behandlungsarten gegeben: Bei gutem Allgemeinbefinden Röntgenbestrahlung (hohe Dosen), in großen Intervallen angewendet, bei elendem Allgemeinbefinden Sonnenbestrahlung. Zweckmäßig ist in vielen Fällen eine Kombination beider Methoden. Eine chirurgische Behandlung kommt nicht mehr in Frage. *Frangenheim* (Leipzig).

Neu, Heinz, Wirkung der Röntgenstrahlen bei chirurgischer Tuberkulose. Eine kritische Darstellung auf Grund der bisherigen Erfahrungen. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121**, S. 256—279. 1913.

Die von der Bonner medizinischen Fakultät preisgekrönte Arbeit gibt eine vorzügliche Übersicht über die in der Literatur mitgeteilten günstigen Erfahrungen mit der Röntgentherapie bei chirurgischer Tuberkulose. Wertvoll ist besonders das Literaturverzeichnis. Neue Tatsachen liegen nicht vor. Zur Ergänzung diene ein Hinweis auf die Arbeit: Iselin, Über Röntgenschädigung. Münchner Med. Wochenschr. 1912. Nr. 49 und 50. *Hotz* (Würzburg).

Gourand, F. X., e Carle Roederer, Saggio di trattamento delle tubercolosi esterne col siero di Marmorek. (Ergebnisse der Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit Marmorekserum.) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig. S. 130 bis 133. 1913.

Technik: Beginn mit Klysmen, alle 8 Tage 5 cm; bei Kranken über 4 Jahren später Herdinjektionen, $^1/_2$—1 ccm 30 Minuten vorher ein Klysma, wodurch nach Cesredka die Anaphylaxieerscheinungen vermieden werden sollen. Subcutane Injektion nur da, wo der Herd unzugänglich. Resultate: Allgemeinzustand wesentlich günstiger. Von 24 Fällen verliefen gut 13; die übrigen blieben ungeheilt oder es trat Verschlimmerung ein. Einmal kam es zu blutigen Diarrhöen, dreimal Miliartuberkulose. Urteil: Marmorekserum als Klysma ist unschuldig und zu empfehlen da, wo der Allgemeinzustand darniederliegt. In anderer Form soll es erst dann angewandt werden, wenn sich die übrigen Mittel als unzureichend erwiesen haben. *Hotz* (Würzburg).

Fraenkel, Eug., Über die angeborene Syphilis platter Knochen und ihre röntgenologische Erkennung. (*Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. **19**, S. 422—430. 1913.

Die Osteochondritis syphilitica befällt, und zwar schon in ihrem ersten Stadium, nicht nur die Röhrenknochen, sondern auch endochondral wachsende platte Knochen, wie Darmbein und Schulterblatt. Diese Knochen zeigen auch fast ausnahmslos an einer oder an beiden Flächen eine ossifizierende Periostitis verschiedenen Grades. Bei der ungleich selteneren Periostitis ossificans syphilitica congenita sind Darmbein und Schulterblatt ebenfalls mit kräftigen osteophytischen Auflagerungen beteiligt. Bei der Osteochondritis sind die Rippen regelmäßig mitbefallen; hier ver-

sagt jedoch das Röntgenbild ebenso wie gegenüber der Periostitis der platten Knochen, während es die Periostitis luetica der langen Röhrenknochen und auch die Osteochondritis des Darmbeins, weniger deutlich die des Schulterblattes, anzeigt.

Grashey (München).

Etienne, G., Maladie osseuse de Paget et hérédo-syphilis. (Pagetsche Knochenkrankheit und hereditäre Syphilis.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris **29**, S. 324—325. 1913.

Bericht über einen Fall von Pagetscher Krankheit bei einem 6jährigen Kinde, bei dem eine äußerst starke Verdickung, Verbiegung und Verängerung beider Schienbeine mit einem großen tertiärsyphilitischen Geschwür an der oberen Hälfte der rechten Tibia vergesellschaftet war. Die Deformität der unteren Extremitäten, die früher ganz normal waren, bildeten sich im 3. Lebensjahre aus, zu gleicher Zeit trat eine Keratitis auf. Das typische tertiärsyphilitische Geschwür trat im 5. Lebensjahre auf. *Wortmann* (Berlin).

Dufour, Henri, et Bertin-Mourot, Maladie osseuse de Paget. Son origine syphilitique établie par la réaction de Wassermann et l'influence curatrice des injections de néo-salvarsan. Innocuité du néo-salvarsan malgré le grand âge de la malade. (Pagetsche Knochenkrankheit. Ihr syphilitischer Ursprung nachgewiesen durch Wassermannsche Reaktion und Heilerfolg von Neosalvarsaninjektionen. Unschädlichkeit des Neosalvarsans trotz hohen Alters der Kranken.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris **35**, S. 152—154. 1913.

Bei einer 80jährigen Frau fand sich das typische Bild eines Paget, dessen erster Anfang 12 Jahre zurück lag, so vorgeschritten, daß sie sich nicht mehr aufrecht halten konnte und außerordentlich starke Schmerzen in den mit Geschwüren bedeckten Beinen hatte. Wassermann war positiv. Durch 1,05 cg Neosalvarsan intravenös gelang es in 6 Wochen alle Schmerzen zu beseitigen, die Geschwüre zu heilen. Am Knochensystem war weder zum Guten noch zum Schlechten ein Fortschritt zu erkennen. *Ernst Schultze* (Berlin).

Gaucher, Gougerot et Meaux Saint-Marc, Maladie de Maurice Raynaud avec Wassermann positif. (Raynaudsche Krankheit mit positivem Wassermann.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. **24**, S. 77—80. 1913.

Bei einem gesunden kräftigen Stallknecht traten plötzlich die Zeichen lokaler Synkope und lokaler Asphyxie an 7 Fingerendgliedern auf. Die sehr erheblichen Schmerzen bestanden bei der Aufnahme seit 9 Tagen ohne Nachlaß, mit stundenweisen Verschlimmerungen. Die betroffenen Glieder sind geschwollen und unbeweglich. Wassermann positiv ohne sonst nachweisbare Zeichen hereditärer oder erworbener Syphilis. Unter heißen Wasser- und elektrischen Bädern, Benzoatinjektionen und Jodkali rasche Besserung. Bemerkenswert ist der Verlauf ohne Remissionen und die luetische Ätiologie. Verf. nehmen als Ursache eine Endarteritis syphilitica an. *Vorderbrügge* (Danzig).

Balzer, F., et Belloir, Un cas d'hémisporose. (Ein Fall von Hemispora.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. **24**, S. 129—132. 1913.

Mitteilung eines Falles von Hemispora stellata, dessen Diagnose mikroskopisch und kulturell festgestellt wurde. Heilung durch Jodkali. *Vorderbrügge* (Danzig).

Geschwülste:

Rollo, Antonio, Importanza e significato del glicogene nei tumori. (Über die Bedeutung des Glykogennachweises in Tumoren.) (*Istit. di anat.-patol., univ., Napoli.*) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig. S. 169—174. 1913.

Der Nachweis von Glykogen in Tumoren ist nicht nur von rein wirtschaftlichem Interesse. Das Vorhandensein von Glykogen weist auf eine gewisse Wachstumsenergie des Tumors hin. Bei gutartigen Tumoren fehlt das Glykogen, sei es infolge des langsamen Wachstums der Geschwulst oder aber wegen der benignen Natur des Tumors. Maligne Tumoren zeigen einen verschiedenen Glykogengehalt. Bei epithelialen Geschwülsten ist er größer wie bei Bindegewebstumoren. Die Feststellung des Glykogengehalts kann nach Ansicht des Verf. für die Chirurgie differentialdiagnostisch und prognostisch ev. von Bedeutung sein. *Naegeli* (Zürich).

Sellei, Josef, Zur Chemotherapie der Tumoren beim Menschen. Zeitschr. f. Chemotherap., Orig. 1, S. 406—411. 1913.

Verf. behandelte Carcinomkranke mit einem Gemisch von Carcinomemulsion und Vanadium. Nach einigen Injektionen traten entzündliche Reaktionen in den Tumoren ein. Ein besonderes Resultat wurde nicht erzielt. *Isaac* (Wiesbaden).[M]

Werner, R., und St. Szécsi, Experimentelle Beiträge zur Chemotherapie der malignen Geschwülste. Mit einem Beitrag von Paul Schneider. (*Inst. f. Krebsforsch., Heidelberg.*) Zeitschr. f. Chemotherap., Orig. 1, S. 357—405. 1913.

Nach einem Überblick über die bisherigen Resultate der Cholintherapie berichten die Verff. über neue Versuche, deren Plan war, tumoraffine Substanzen durch das schon für sich spezifisch wirksame Cholin in die Tumoren zu transportieren. Es wurden daher tumorkranke Mäuse mit Gemischen von Cholinsalzen und kolloidalen Metallen behandelt. Am wirksamsten waren Mischungen von Bor-Cholin mit Selenvanadium, Zinkoxyd und Cuprokobalt. Durch intravenöse sowie subcutane Injektionen derartiger Verbindungen gelingt es, Mäuse- und Rattentumoren zum Verschwinden zu bringen. Erfahrungen über die Wirkung genannter Mittel beim Menschen sollen demnächst veröffentlicht werden. *Isaac* (Wiesbaden).[M]

Brock, Arthur J., On tumour-formation and allied pathological processes. (Über Tumorbildung und ähnliche pathologische Prozesse.) Edinburgh med. journal 10, S. 42—49. 1913.

Kelling, G., Neue Versuche zur Erzeugung von Geschwülsten mittels arteigener und artfremder Embryonalzellen. Wien. klin. Wochenschr. **26,** S. 1—10 u. 54—62. 1913.

Verf. berichtet über neue Versuche, welche seine Hypothese des Parasitismus artfremder Zellen in der Ätiologie der Geschwülste stützen sollen. Der leitende Gedanke für diese Versuchsanordnungen war, schroffe Übergänge beim Einbringen embryonaler Gewebsstücke in artfremde Tiere im Stoffwechsel der verpflanzten Zellen zu vermeiden. So wurde z. B. die Überpflanzung von Hühnerembryonenzellen auf Tauben in der Weise etappenmäßig bewerkstelligt, daß zunächst die embryonalen Gewebsteile in die Bauchhöhle von Hennen gebracht wurden, wo sie zu kleinen Geschwülsten von histologischem Knorpelcharakter heranwuchsen. Gleichzeitig wurden die Hennen mit Injektionen von Taubenserum behandelt. Kleine Bruchteile der entstandenen Geschwülste ließen sich in 7 von 14 Fällen in der Taubenbauchhöhle zu weiterem Wachstum bringen, da die Serumbehandlung offenbar eine Anpassung an den artfremden Organismus angebahnt hatte. Noch lebhafter gestaltete sich dieses Wachstum, wenn die Tauben wiederum mit Hühnerserum gespritzt wurden. Selbst auf den Hundeorganismus ließen sich embryonale Zellen vom Huhn bei entsprechender Serumbehandlung übertragen. Grundsätzlich andersartig waren die Versuche, die Wachstumsenergie der embryonalen Zellen bei Überpflanzung auf den arteigenen Organismus durch artfremdes Serum zu beeinflussen, indem die Hühnerembryonen im Ei mit Hundeserum in Berührung gebracht wurden. Es resultierte ein besonders lebhaftes geschwulstmäßiges Wachstum der überpflanzten Zellen in der Bauchhöhle des Huhnes. Die theoretische Begründung dieser Tatsache, sowie der Bericht über zahlreiche Modifikationen der obigen Versuche muß im Original nachgelesen werden. Da artfremde embryonale Zellen mithin ein geschwulstbildendes Agens abgeben können, so folgt für die Prophylaxe des Carcinoms die Fernhaltung rohen Fleisches wegen der eventuell darin vorhandenen Parasiten, unsauberer Gemüse, unreinen und madigen Obstes aus unserer Nahrung. Zahlreiche histologische Abbildungen. *Hartert* (Tübingen).

Packard, Horace, A possible factor in the causation of cancer. Munity and immunity. Demineralized food. A cancer parasite. (Ein möglicher Faktor in der Krebsätiologie. Munität und Immunität. Von Mineralsalzen befreite Nahrung. Ein Krebserreger.) Surgery, gynecol. a. obstetr. **16,** S. 190 bis 199. 1913.

Die Spekulationen des Verf. haben zur Voraussetzung, daß der Krebs parasitären Ursprungs sei und nur Individuen mit verloren gegangener Immunität befallen würden. Die

Ursache des Verlustes jener Immunität sieht Verf. in Schädigungen, welche die Zivilisation herbeiführt, und zwar auf dem Gebiete der Ernährung. Denn unzivilisierte Völker, ja überhaupt ärmste Volksschichten mit primitivster Ernährungsweise seien praktisch „krebsfrei". Dasselbe gelte von wildlebenden Tieren im Gegensatz zu solchen in Gefangenschaft oder domestizierten. Sogar aus dem Pflanzenreich ließe sich ähnliches anführen, indem auf kultiviertem Boden wachsende Bäume häufiger von den durch Insekten verursachten Geschwulstbildungen betroffen würden. Das gemeinsame Moment in allen diesen Fällen sei die Denaturierung der Nahrung, insbesondere die Entziehung der Mineralsalze durch die verschiedenen Arten der Nahrungszubereitung, bzw. durch die Bebauung des Ackerbodens. Zum Teil des Themas „ein Krebserreger" bringt Verf. ebenfalls nur spekulative Betrachtungen. Abbildungen. *Hartert* (Tübingen).

Jaboulay, Origine et nature du cancer. (Ursprung und Natur des Krebses.) Belgique méd. **20**, S. 66—68 u. 79—81. 1913.

Jaboulay bringt keine neuen Tatsachen über den Ursprung und die Natur des Krebses, gelangt einfach auf Grund von vergleichend-pathologischen Betrachtungen zum Schlusse, daß der Krebs eine Myxosarkosporidieninfektion ist. *Leuenberger* (Basel).

Löhlein, M., Zur Frage nach dem „Vorkommen von Krebsgeschwülsten in tropischen Ländern". Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg. **17**, S. 121—126. 1913.

Gegenüber Peiper betont Verf., daß das Vorkommen von bösartigen Geschwülsten in den Tropen nicht bestritten wird. Wichtig ist aber die Seltenheit des Vorkommens, die unbestreitbar ist. *Lewin* (Berlin).ᴹ

Giani, R., Contributo allo studio dei tumori epiteliali delle ghiandole sudoripare (A proposito di un carcinoma di queste). (Beitrag zum Studium der epithelialen Tumoren der Schweißdrüsen [an Hand einer eigenen Beobachtung eines Carcinoms].) (*Clin. chirurg., univ., Roma.*) Clin. chirurg. **21**, S. 297—330. 1913.

Über die Natur der Schweißdrüsengeschwülste herrschen noch die verschiedensten Ansichten. Sie werden zum Teil als eptitheliale Tumoren, zum Teil als Endotheliome, Lymphangiome oder einfache Hyperplasien angesprochen. Giani stellt aus der neueren Literatur 14 Adenome und 15 Carcinome — darunter einen eigenen Fall — zusammen. Theoretisch lassen sich die Geschwülste in solche, die von den Ausführungsgängen und solche die vom Drüsengewebe ausgehen, unterscheiden. Praktisch ist eine solche Einteilung kaum durchführbar. Verf. schlägt daher eine einheitliche Bezeichnung vor. Diese soll je nach dem Charakter des Tumors ergänzt werden, durch die genauere Benennung: cystisch papilliform, tubulär usw. Klinisch zeigen die Tumoren keine nennenswerten Besonderheiten! Mehrfach wurde eine Multiplizität der Carcinome festgestellt. Sitz, Form, Metastasenbildung usw, unterscheiden sie nicht von anderen Hautcarcinomen. *Naegeli* (Zürich).

Kaufmann-Wolf, Marie, Klinische und histologische Beobachtungen bei Hautmetastasen im Anschluß an Carcinom innerer Organe. (*Univ.-Poliklin. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., Berlin.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Orig. **114**, S. 709—744. 1913.

Verf. berichtet über Beobachtungen bei 65 Fällen mit sekundärem Hautkrebs. In den meisten Fällen bestand neben den Hautmetastasen eine generalisierte Carcinose. Prädilektionsstellen für die Hautmetastasen bei Krebs innerer Organe sind vordere Thoraxwand und Abdomen. Abgesehen von Mammatumoren, wo andere Verhältnisse vorliegen, ist der primäre Sitz des Tumors meistens der Magen, an 2. Stelle der Uterus. Man hat darauf zu achten, ob es sich um einen subcutanen Tumor oder um einen sogenannten carcinomatösen cutanen Lymphbahninfarkt handelt. Der letztere neigt weniger zur Ulceration. Wichtig ist, daß in etwa der Hälfte der Fälle die mikroskopische Untersuchung der Hautknötchen zur richtigen Diagnose geführt hat und daß in einigen Fällen, dank' der Eigenschaft der Krebszellen auch in den Metastasen die morphologischen Beziehungen zum Mutterboden zu wahren, der Sitz des Primärtumors aufgedeckt wurde. *Stammler* (Hamburg).

Sequeira, J. H., An unusual form of rodent ulcer. (Ungewöhnliche Form eines Ulcus rodens.) Proceed. of the roy. soc. of med. **6**, Dermatol. sect. S. 76 bis 78. 1913.

Seit 7 Jahren bei einem 44 jährigen Manne bestehendes, durch Probeexcision sichergestelltes Ulcus rodens, das die ganze Wange, den Mundwinkel und das untere Augenlid einnahm. Bemerkenswert durch die Ähnlichkeit des klinischen Bildes mit einer tertiärsyphilitischen Ulceration. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Freund, Ernst, und Gisa Kaminer, Über chemische Wirkungen von Röntgen- und Radiumbestrahlung in bezug auf Carcinom. (*Krankenanst. Rudolfstiftg., Wien.*) Wien. med. Wochenschr. **26,** S. 201—203. 1913.

In normalem Gewebe und Serum ist eine ätherlösliche Fettsäure vorhanden, welche einen zerstörenden Einfluß auf Carcinomzellen ausübt; sie fehlt dagegen in den Extrakten der für Carcinom disponierten Gewebe. Gewebsstückchen aus frischen Leichen wurden bestrahlt. Intensive Röntgenbestrahlung (stärker als unsere therapeutischen Dosen) brachte die Fettsäure aus normalem Gewebe zum Verschwinden, während exzessive Radiumbestrahlung umgekehrt aus dem pathologischen Nucleoglobulin der Carcinomatösen diese Säure freimachte. Demnach wäre eine günstige Wirkung von Radiumbestrahlung auf carcinomdisponierte Röntgenologenhaut zu erwarten. *Grashey* (München).

Roques, C.-M., Radiothérapie des néoplasmes. Exposé pratique des indications et de la technique. (Die Behandlung der Neubildungen mit Röntgenstrahlen. Praktische Darlegung ihrer Indikation und Technik.) (*Univ., Bordeaux.*) Arch. d'électr. méd. **21,** S. 145—160. 1913.

Die empirische Feststellung der Wirkung von Röntgenstrahlen auf lebende Gewebe bis zu deren Zerstörung führte zur therapeutischen Verwendung derselben gegen Neoplasmen. Die um den Ausbau dieser Lehre besonders verdienten Forscher, Bergonié und Tribondeau, legten ihre Ansicht über die Strahlenwirkung in folgendem Gesetz nieder: „Die X-Strahlen wirken mit um so größerer Intensität auf die Zellen 1. je größer deren Regenerationskraft ist, 2. je stärker deren Zellteilungsfähigkeit ist, 3. je weniger endgültig die Morphologie und Funktion der Zellen festgelegt ist." Die Behandlungsindikationen hängen von Natur, Schwere und Entwicklung der Tumoren ab. Zu den für Röntgenstrahlen empfindlichen Tumoren gehören die durch das genannte Gesetz bezeichneten, z. B. Sarkome, Epitheliome; zu den unempfindlichen z. B. Lipome, Osteome. Ist für die ersteren die Therapie dringend indiziert, so ist sie für die zweiten nicht absolut kontraindiziert. Die operablen, aber nicht operierten Tumoren können gutartig nach Natur, Sitz und Entwicklung sein; man soll deren Behandlung nicht ablehnen. Sie können gutartig von Natur, gefährlich durch ihren Sitz sein, man kann sie bestrahlen, soll aber zur Operation raten, ebenso, wie bei den bösartigen Tumoren mit langsamem Wachstum. Dagegen soll dieselbe Kategorie mit schnellem Wachstum operiert, und danach mit Strahlen nachbehandelt werden. Verf. befürwortet die Bestrahlung nach der Operation in die offene Wunde, vor der die Bestrahlung einige Tage nach der Operation keine Vorzüge hat: noch weniger die Spätbestrahlung. Zur Technik: für gutartige Tumoren ist größere Rücksichtnahme auf die Hautbedeckung angebracht, als bei bösartigen mit rapidem Wachstum. Verf. bevorzugt hohe Dosen in langen, regelmäßigen Abständen bis zur Erträglichkeitsgrenze der Haut. Der Umfang der Tumoren erfordert ev. ein Vorgehen von verschiedenen Seiten. Die Technik der Strahlenanwendung, abhängig von oberflächlicher oder Tiefenlage, wird nach Dosis, Filter usw. für die einzelnen Situationen im allgemeinen angegeben. Ein spezieller Abschnitt bespricht die Technik für die verschiedenen Tumoren: Warzen, Keloide, Lipome, Angiome, und eingehend nach spezieller Indikation und Gegenindikation die der Myome. Von malignen Tumoren werden Basalzellencarcinome geheilt, Cylinderzellentumoren nicht. Die Hautcarcinome geben im allgemeinen die besten Resultate. Für Zungen- und Brustdrüsencarcinome empfiehlt Roques operative Entfernung mit anschließender Bestrahlung. Gute Erfolge geben die Sarkome. Verf. läßt bei der Bestrahlung einen großen Umkreis des Tumors unbedeckt und der Strahlenwirkung ausgesetzt. Von der Injektion von Chinin bichlorhydrat vor der Bestrahlung nach Morton hat Verf. nichts gesehen. R. hat mehr Heilungen als Mißerfolge erlebt, obwohl er als Heilung erst jahrelange Rezidivfreiheit anspricht. Bei inoperablen Tumoren ist die erzielte Besserung, Schmerzstillung, Hebung des All-

gemeinzustandes, Verkleinerung des Tumors sehr wesentlich und wertvoll. *Hoffmann* (Dresden).

Schmidt, Joh. E., Über die Behandlung inoperabler Geschwülste. Reichs-Med. Anz. **38,** S. 161—166. 1913.

Neben lokalen Ätzmitteln und den klare Indikationen habenden Palliativoperationen leistet die Strahlentherapie (Radium, Röntgen, Thorium) die relativ wertvollsten Dienste. Kaum noch geübt wird die Fulgurationsmethode, da sie nur oberflächlich zerstörend wirkt. Zur Entfernung der Tumoren ist die Kaltkauterisation ein guter Ersatz des Messers, da sie die Aussaat von Keimen vermeidet. Weder die Serotherapie noch die Chemotherapie haben bisher sichere Erfolge erzielt. Beachtenswert ist die noch im Stadium des Tierversuches gebliebene Seleneosinbehandlung von Wassermann. *Hartert* (Tübingen).

Barratt, J. O. Wakelin, The experimental production of immunity to carcinoma in animals. (Experimentelle Erzeugung von Krebsimmunität bei Tieren.) Liverpool med.-chirurg. journal **33,** S. 220—224. 1913.

Nach kurzer Schilderung der histologischen Eigentümlichkeiten des Mäusecarcinoms gibt Verf. die Ergebnisse der bekannten Ehrlichschen Versuche mit aktiver Immunisierung wieder, und berichtet er kurz über neuere, noch nicht abgeschlossene Experimente, mit Extrakten aus parenchymatösen Organen Geschwulstimmunität zu erzeugen. *Kreuter* (Erlangen).

Saalmann, Über einen Fall von Morbus Recklinghausen mit Hypernephrom. (*Städt. Wenzel-Hancke-Krankenh., Breslau.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. **211,** S. 424—429. 1913.

Verf. beschreibt einen typischen Fall von Recklinghausenscher Krankheit: Wenig intelligente zu Depressionszuständen neigende Patientin; am ganzen Körper multiple von pigmentiertem Hof umgebene Neurofibrome, die stellenweise bis zur elephantiastischen Lappenbildung vergrößert sind. Bei der Sektion fand sich ein großes Hypernephrom in der Leber, während Nieren und Nebennieren intakt waren, außerdem osteoporotische Prozesse im Knochensystem. Neuritische Erscheinungen fehlten. — Ebenso, wie schon Kawashima, will auch Verf. das Hypernephrom in Beziehung zur Recklinghausenschen Krankheit setzen, insofern wenigstens, als er eine Erkrankung des chrombraunen Gewebes als zur Recklinghausenschen Krankheit zugehörig betrachten will. *Stadler* (Leipzig).

Verletzungen:

Chaikis, S. J., Ein Beitrag zur Frage der Myositis ossificans. Ärzte-Zeitung **20,** S. 282—285. 1913. (Russisch.)

Man unterscheidet die Myositis ossificans traumatica, welche relativ häufig ist, und die sehr seltene (ca. 50 publizierte Fälle) Myositis ossificans multiplex progressiva. Die letztere findet sich meist bei Männern und beginnt im Kindesalter. Nach irgendwelchen entzündlichen Erkrankungen der Haut, oft jedoch auch ohne dieselben, bilden sich anfangs weiche Anschwellungen in den Muskeln, welche allmählich härter werden, den Charakter eines fibrösen Knotens annehmen, dann die Konsistenz des Knorpels zeigen und schließlich vollkommen verknöchern. Die Krankheit verläuft sehr langsam, die Therapie ist machtlos, die Patienten gehen meist zugrunde, wenn lebenswichtige Muskeln in Mitleidenschaft gezogen werden. Die Ätiologie der Krankheit ist unklar. Im Gouvernementskrankenhaus zu Shitomir (Rußland) befinden sich pathologisch-anatomische Präparate eines schweren Falles von Myositis ossificans prog. multiplex, welcher bis jetzt noch nicht veröffentlicht worden ist: diese Präparate zeigen deutlich, daß der ossifizierende Prozeß vom Periost ausgeht und auf die Sehnen und das Bindegewebe der Muskeln (Perimysium int. et ext.) übergreift, während das Muskelgewebe selbst nicht mitergriffen ist. (Virchow, Tillmanns u. a. vertreten ebenfalls die Ansicht, daß der Prozeß in den meisten Fällen vom Periost ausgeht.) Einen weiteren Fall konnte Autor beobachten.

Knabe von 4 Jahren, Klagen über Rigidität der Nackenmuskulatur und beschränkte Bewegungsmöglichkeit im Schultergelenk. Hat vor 7 Monaten eine furunkulöse Erkrankung der Nacken- und Rückenhaut durchgemacht. In der Folge haben sich Schwellungen von teigiger

Konsistenz am Nacken und Rücken gebildet, welche später knochenhart wurden. Über Schmerzen klagt Pat. nur während sich neue Schwellungen bilden. Die Untersuchung zeigt knochenharte Knoten am Nacken, entsprechend der Ansatzstelle des M. trapezius, ebensolche Knoten zu beiden Seiten der Wirbelsäule. In der Achselhöhle lassen sich knochenharte Gebilde palpieren, welche den verknöcherten Sehnen der M. latissim. dorsi und teres major entsprechen. Die angewandte Therapie (Bäder, Jod, Fibrolysin) hatte keinerlei Erfolg, es bildeten sich im Gegenteil zur Zeit der Beobachtung neue Knoten.

Da auch in diesem Falle sämtliche Herde an den Ansatzstellen der Muskeln entstanden waren, so ist anzunehmen, daß auch hier der Prozeß vom Periost seinen Anfang genommen hatte. *v. Holst* (Moskau).

Rotky, Hans, Über traumatische Myositis. (*Med. Klin. R. v. Jaksch, Prag.*) Zentralbl. f. innere Med. **34**, S. 241—245. 1913.

Neben der akut entzündlichen Myositis infektiöser Natur gibt es auch eine traumatische Myositis, die im Verlauf zu starker Inanspruchnahme der Muskulatur eintritt. Diese Form der Myositis betrifft immer nur einen Muskel gegenüber der akuten infektiösen Form, welche Tendenz zum Fortschritt zeigt, mehrere Muskelgruppen zugleich befällt und schließlich durch Erkrankung des Zwerchfelles oder des Herzens tödlich enden kann. Bei dem vom Verf. mitgeteilten Fall von traumatischer Myositis handelt es sich um eine infiltrative Schwellung des rechten Musculus triceps, so daß der Umfang des rechten Armes um 4 cm vermehrt war, Fieber ist meistens nicht vorhanden, nur in 1 Fall von Strümpell wurde Fieber beobachtet. Es wird das klinische Blutbild mitgeteilt, wobei zu erwähnen wäre, daß eine leichte relative Lymphocytose beobachtet wurde. Anatomische Untersuchungen dieser traumatischen Myositis liegen noch nicht vor. *Vorschütz* (Köln).

Mauclaire, Ostéite raréfiante métatraumatique. (Ostéite fibro-kystique vacuolaire). (Die rarefizierende Ostitis nach Trauma [fibro-cystische Ostitis.]) (*Hôp. de la charité.*) Progr. méd. **41**, S. 86—87. 1913.

23jähriger Mann, der 7 Jahre nach einem Stoß gegen den Unterschenkel eine Spontanfraktur der Tibia erlitt. Oberhalb und unterhalb der Bruchlinie war die Corticalis verschmälert, die Tibia verbreitert und in einer Ausdehnung von 12 cm von Hohlräumen durchsetzt. Im übrigen Skelett keine Veränderungen. Behandlung des Bruches im Gipsverband. Ein Röntgenbild zeigt nach der Bruchheilung unveränderten Befund. — Bei späteren Nachuntersuchungen wurde ein Rückgang der Veränderungen festgestellt. Der Befund ist der Ostitis fibrosa zuzuzählen, deren Beziehungen zu einem Trauma in zahlreichen Fällen festgestellt wurden. Die Pathologie, Symptomatologie, Diagnose und Prognose des Leidens, sowie die Therapie werden kurz besprochen. *Frangenheim* (Leipzig).

Raoult-Deslongchamps, L., Le traitement rationnel des fractures. (Die rationelle Behandlung der Knochenbrüche.) Journal de méd. de Paris **33**, S. 95—98. 1913.

Ausgehend von der Wichtigkeit der großen Blutergüsse und ihrer raschen Aufsaugung für die spätere Funktion eines gebrochenen Gliedes empfiehlt Autor statt der fixen Gipsverbände entfernbare Schienen (aus Aluminium) und ein möglichst baldiges Einsetzen der Massage und der Heißluftbehandlung (in Ermangelung derer heiße Umschläge) nach der Fraktur. In ganz kurzer Zeit erhält man dann einen ganz kleinen, festen Callus und die Heilungsdauer wird ganz beträchtlich abgekürzt.

Streissler (Graz).

Bergonié, J., Accidents causés par l'électricité. Rapports médico-légaux sur deux accidents presque identiques terminés, l'un par la mort, l'autre par des brulures sans gravité. (Unfall durch elektrischen Strom. Gerichtlich-medizinische Gutachten über zwei, unter fast identischen Bedingungen, stattgehabte Unfälle mit verschiedenem Ausgang; einmal mit Tod, das andere Mal mit Brandwunden leichten Grades.) Arch. d'électr. méd. **21**, S. 165—179. 1913.

Zwei Dachdecker, auf Schieferdächern arbeitend, kommen in kurzdauernden, monopolaren Kontakt mit elektrischen Leitungen von 3—5000 Volt Spannung. Der erste davon vom Draht an der Schulter (schweißdurchtränktes Hemd) berührt, stürzt bewußtlos zusammen, glücklicherweise auf das Dach, kommt nach kurzer Zeit wieder zum Bewußtsein und trägt lediglich Brandwunden in der Schulterblattgegend davon. Die von ihm später als Unfallsfolge angegebene Verschlechterung eines Herzfehlers (Mitral-Insuffizienz), wird als im Wesen des Unfalles nicht begründet, nicht anerkannt. — Der zweite kommt mit seinem in der Faust

gehaltenen Arbeitshammer mit der Leitung in Berührung, stürzt ab und ist tot.— Trotzdem sich weder am Hammer noch an der Hand oder an sonstigen Körperstellen oder an den Kleidern Spuren des Stromeintrittes, -durchgangs oder -austrittes finden (nur momentane Einwirkung, im Verhältnis zur Stromstärke geringe Stromdichte durch relativ große Eintrittsfläche), wird die Frage nach der Möglichkeit des Eingetretenseins eines schweren Shocks mit Bewußtlosigkeit bejaht. *Wittek* (Graz).

Jex-Blake, A. J., The Goulstonian lectures on death by electric currents and by lightning. Lect. 2. (Tod durch elektrische Ströme und Blitze.) Brit. med. journal **2723**, S. 492—498. 1913.

Jex-Blake gibt eine zusammenfassende Übersicht der ganzen Frage: I. Experimentelle Resultate. Tiere sind sehr verschieden empfindlich gegen elektrische Ströme. Am wenigsten empfindlich sind Frösche (vertragen Ströme von 1000 und mehr Volt), am empfindlichsten Hunde. Die anderen Tiere stehen in der Mitte zwischen beiden. Junge Tiere sind resistenter als ältere. Der Tod erfolgt in der Hauptsache durch Atemlähmung (infolge tetanischer Contractur der Atemmuskulatur oder Lähmung des Atemzentrums) oder durch Herzlähmung. Bei Applikation von Strömen hoher Spannung zeigen manche Tiere, besonders kleine, schwere Störungen von seiten des Zentralnervensystems. In dieses Gebiet fällt die sogenannte elektrische Narkose (Leduc). Ob der Tod erfolgt, hängt von verschiedenen Faktoren ab: von der Spannung (Wechselströme von hoher Spannung sind relativ ungefährlich), von der Stromstärke, von der Dauer der Applikation, vom Charakter: kontinuierlicher oder Wechselstrom (bei geringer Spannung sind kontinuierliche Ströme viel weniger gefährlich als Wechselströme; Wechselströme von hoher Zahl der Stromwechsel pro Sekunde sind bedeutend ungefährlicher als solche mit wenig Stromwechsel), von der Lage der Elektroden (besonders wichtig! Bei gleichem Widerstande ist eine Konzentration des Stromes auf die Herzgegend, z. B. Herzgegend und Rücken besonders gefährlich), schließlich dem Widerstande an den Elektroden (breite Elektroden gestatten keine Konzentration des Stroms z. B. auf das Herz). II. Tod durch elektrische Ströme bei Menschen. Wahrscheinlich ist die Empfindlichkeit individuell verschieden. Sehr einflußreich ist vermutlich der Schreck (d'Arsonval), ferner der körperliche und psychische Zustand. Bewußtlosigkeit und Schlaf üben vielleicht eine schützende Wirkung aus. Der Tod erfolgt meist durch primären Herzstillstand, seltener durch Atemlähmung. Nach d'Arsonval ist die Lähmung der nervösen Zentralorgane immer das Primäre. Wechselströme von 100—120 Volt Spannung führen manchmal den Tod herbei; die Mehrzahl der Todesfälle jedoch wird durch die industriell viel gebrauchten Wechselströme von 500—5000 Volt herbeigeführt. Die minimale tödliche Stromstärke ist 70—100 Milliamperes. Die industriellen Wechselströme sind im allgemeinen gefährlicher als die Gleichströme. Eine große Erhöhung der Gefährlichkeit ist durch Feuchtigkeit der Hände, Füße usw. gegeben (Unglücksfälle in Bädern). Wenn nicht sofort der Tod erfolgt, kann die Mehrzahl der Fälle durch energisches Eingreifen (künstliche Atmung) gerettet werden. *Schlesinger* (Berlin).

Kriegschirurgie:

Tintner, Fritz, Kriegschirurgische Erfahrungen im türkisch-bulgarischen Feldzug. Militärarzt **47**, S. 50—60. 1913.

Tintner berichtet über 1200 behandelte Verletzungen, von denen 70% durch kleinkalibriges Mantelgeschoß, 20% durch Schrapnell, Granaten, der Rest, abgesehen von einer durch Handgranate, durch blanke Waffen verursacht waren. Das Mantelgeschoß macht im wesentlichen humane Verletzungen; Ein- und Ausschuß sind klein, meist gleich groß, wenn nicht Knochen, Gelenke oder Sehnen verletzt sind. Füllkugeln bleiben oft stecken und zeigen häufig Deformierung, Granatsplitter verursachen mannigfache, meist infizierte Zerstörungen. 50% aller Verletzten wiesen Infektionen auf. Das Verbandpäckchen, dessen Anwendung neben dem chirurgischen Effekt oft einen enormen moralischen hervorruft, wird gelobt; von dem Bloßlegen der Wunde durch den Krankenträger sollte Abstand genommen werden, wenn der Verletzte mehrere Hemden, Kleidungsstücke anhat, weil das Entkleiden schmerzt,

Zeit in Anspruch nimmt und leicht Infektionskeime in die Wunde schleppt. Die von den Ärzten noch immer ausgeführte Tamponde der Schußwunde rief große Lebensgefahr, schwerste Krankheitsbilder hervor. Ein Armeebefehl verbot sie. Ähnlich schwere Schädigungen machten feuchte Verbände, da sie nicht rechtzeitig gewechselt wurden. Die beste Behandlung einer frischen Schußwunde ist das Bedecken mit trockenem, sterilem Verband. Jodtinktur ist überflüssig, ihre Anwendung erfordert nur Zeit, die ohnehin schon knapp ist, Mastisol gefährlich, da es zu Verklebungen des Schußkanals resp. zum Verkleben der Gaze mit dem Schußkanal, so zur Retention führt, eine Händedesinfektion oder die Benutzung von Gummihandschuhen auf dem Hilfsplatz unnötig, das Anfassen der Verbandmittel geschieht mit sterilen Instrumenten. Dringendstes Erfordernis ist reichlichste Mitnahme von Gips, Schienen, Schusterspänen, Verbandtüchern, Heftpflaster und einfachen chirurgischen Instrumenten, da ihre Reperatur oft sehr schwierig ist. Zu Bindenmaterial eignet sich am besten Mull, zu Schienen für den Arm die Kramersche, das Bein die Volkmannsche resp. Petitsche Stiefel. Größere Operationen können erst im Reserve- resp. Etappenspital vorgenommen werden, nur ausnahmsweise im Feldspital; in den weiter vorn gelegenen Gebieten kommen wegen der mangelnden Asepsis und des noch bevorstehenden Transports nur Unterbindungen und Tracheotomie in Frage, hier ist neben der Wundversorgung die Vorbereitung zum Transport — die Immobilisierung — die Hauptaufgabe, denn von diesem hängt zum großen Teil der Heilungsverlauf ab. Neben den Sanitätsautomobilen haben sich die Wagen nach dem Linxweilerschen System, die im Winter geheizt werden müßten, bewährt. Bei den Operationen empfiehlt sich möglichste Einschränkung der Narkose und ihr Ersatz durch Leitungsanästhesie nach Braun. Die durch das Warten mehr erforderliche Zeit, den einzigen Nachteil überwiegen viele Vorteile, z. B. Wegfallen des Narkotiseurs, der Pneumoniegefahr, die einfachere Pflege. T. geht dann auf die Behandlung der einzelnen Verletzungen ein, die möglichst konservativ sein soll. Bei den Schädelschüssen betont er noch einmal, nur zu operieren, wenn Asepsis, gute Pflege sichergestellt sei, kein Transport in Frage komme. Auch bei diesen genügt zunächst nach Entfernung der groben Verunreinigung steriler Verband, selbst das Rasieren ist überflüssig. Bei ihrer operativen Behandlung ist die Entfernung sämtlicher Knochensplitter von größter Wichtigkeit. T. hat 120 chirurgische Eingriffe gemacht, 30 Schädeldebriments, 8 Amputationen, 4 Rippenresektionen, je eine Enucleatio coxae wegen Gasphlegmone und Resectio humeri, die übrigen betrafen Phlegmonen und Geschoßentfernungen. *Simon* (Breisach).

Tintner, Fritz, Erlebnisse und Beobachtungen im türkisch-bulgarischen Kriege. Militärarzt **47,** S. 85—90. 1913.

Exner, Alfred, Kriegschirurgische Erfahrungen aus Bulgarien. Wien. klin. Wochenschr. **26,** S. 203—205. 1913.

Verf. hatte als Chefarzt des Alexanderspitals in Sofia Gelegenheit 1200 chirurgische Fälle zu beobachten, von denen 850 stationär behandelt wurden. Der Bericht bezieht sich auf 617 Verwundete (474 Gewehrschüsse durch das deutsche S-Geschoß, 138 Artillerieverletzungen, 5 Hieb- und Stichverletzungen); 65 waren durch mehrere Kugeln verwundet. Steckschüsse fanden sich in 13% der Gewehr-, in 37% der Artillerieverletzungen. Die Pflege lag in den Händen der in einem Samariterkursus ausgebildeten freiwilligen Krankenpflegerinnen, welche sich vorzüglich bewährten. Das Gros kam 5 bis 10 Tage nach mehrtägigen Fahrten auf offenen Büffelwagen. Zumeist zeigte sich das düstere Bild der alten Kriegschirurgie: Ausgiebig tamponierte Weichteilschüsse, infizierte Oberarm- und Oberschenkelfrakturen ohne oder mit durchaus ungenügender Schienung; niemals war das Verbandpäckchen gebraucht; Kranke trugen oft nach 5 Tagen schon den sechsten Verband. (!) Von 12 Tetanusfällen starben trotz großer Dosen Antitoxin 10. (Wahrscheinlich bildete das Stroh der Eisenbahnwaggons die Infektionsquelle; auch sonst spielte die Wundinfektion eine große Rolle, sie war bei den Infanterieverletzungen mehr wie doppelt so groß als im russisch-japanischen Krieg.) Die Desinfektion erfolgte zumeist mit Jodtinktur. Therapeutisch beansprucht die absolute Ruhigstellung im Gipsverband eine außerordentlich große Bedeutung; sie führte wiederholt gegen alles Erwarten zur Heilung. Nur in 4 Fällen waren Amputationen erforderlich; abgesehen von den Tetanusfällen ging kein inficierter Extremitätenschuß zugrunde. Schwer infizierte Splitterbrüche zeigten im Gipsverband, welcher sehr lange liegen gelassen wurde, eine ganz überraschende Heilungstendenz, wenngleich ab und zu ausgedehnte Incisionen notwendig waren. Bei schwerem Pneumothorax führte wiederholt einfache Aspiration zu promptem Abfall hohen Fiebers; ein doppelseitiger Pneumothorax kam ad exitum. 9 Bauchschüsse heilten sämtlich ohne Eingriff; eine Laparotomie (Kolostomie nach Zerreißung des Rectums) verlief letal. Bei den Schädelverletzungen zwang wiederholt Abceßbildung zum chirurgischen Eingriff. Karbolgangrän wurde mehrfach beobachtet. Von Laienärzten war wiederholt Zigarettentabak zur Blutstillung verwendet, in einem Fall mit dem Erfolg einer zur Amputation führenden Gangrän. Auf Grund seiner Erfahrungen spricht sich Verf. gegen die immer wieder zu beobachtende chirurgische Vielgeschäftigkeit, für die Bereitstellung eines großen Fixationsmaterials (Schienen, Gips,

Schusterspäne) und für das Zusammenarbeiten eines vollkommen aneinander gewöhnten Ärztepersonals aus. *Kayser* (Köln).

Wieting, Vom türkischen Kriegsschauplatz. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 174—175. 1913.

Die in Konstantinopel gewonnenen Erfahrungen dürfen in der Kriegschirurgie und Statistik nicht verallgemeinert werden; hierzu gehört auch die Kenntnis der Zustände in den vorderen Linien. Es waren am häufigsten die Mannlicher-Kaliberverletzungen, seltener Schrapnellverletzungen, am seltensten die Verletzungen durch Granatsplitter und blanke Waffen. Der Wundverlauf hängt vom ersten Verbande und von der ruhigen und sachgemäßen Rückbeförderung ab. Die schwersten Eiterungen fanden sich bei offenen Ober- und Unterschenkelbrüchen; meist infolge mangelhafter Schienen. Bei derartigen eiterigen und stinkenden Zellgewebsentzündungen wurde bald amputiert. Schwere, weniger bösartige, doch aufzehrende Infektionen führten zu Spätamputationen. Auch frische Cholerakranke wurden operiert. Shrapnellschüsse waren häufiger infiziert als die Kleinkaliberwunden, besonders die Steckschüsse. 0,3 v. H. der Verletzten erkrankten an Wundstarrkrampf, wohl infolge der Verschmutzung der Kleider, der Beine mit Erde und der Beförderung in Eisenbahnwagen, in denen kurz vorher Pferde gehaust hatten. Die meisten Schwerverletzten hatten Knochenbrüche. So leicht ihre Einrichtung, so schwer die Erhaltung in der richtigen Stellung, zumal am Oberschenkel und ganz besonders in der Nähe des Schenkelkopfes, infolge des großen Blutergusses, der zudem die Infektion befördert. Man soll ohne Künstelei das Festwerden der Knochen anbahnen und dann erneut brechen oder osteotomieren behufs Verklammerung oder Verschraubung. Die Oberarmbrüche sind viel leichter zu behandeln. 7 traumatische Aneurysmen, davon 5 an den Oberschenkelgefäßen. Sie wurden teils genäht, teils unterbunden. Bedenklich ist Infektion. Spätblutungen sind zu fürchten; beim Drainieren ist größte Vorsicht geboten. Bei Brustschüssen ist auf das Brustfell zu achten und rechtzeitig einzugreifen. Abwarten bei Bauchschüssen belohnt sich mehr als Operieren. 150 Fälle von Gangrän in Form von Erfrierung, die an den Füßen Geschwächter auch noch bei Wärme über 0 eintritt.
Georg Schmidt (Berlin).

Heinz, Otto, Kriegschirurgische Erfahrungen vom montenegrinisch-türkischen Kriegsschauplatz. Wien. klin. Wochensch. **26,** S. 413—417. 1913.

Mitteilung der behandelten Fälle mit anschließenden allgemeinen Betrachtungen hinsichtlich Therapie der verschiedenen Verletzungsarten. Verf. tritt für möglichst konservative Behandlung ein. Einige Fälle von sog. lokalem Shock, ein Fall von tetanoidem Krampf beider Unterarme und Hände bei Erysipel, in Narkose sich lösend, sind von allgemeinerem Interesse. Nur ein Fall von Tetanus bei 13jährigem Jungen, tödlich verlaufend. *Wiemann* (Flensburg).

Delorme, E., Sur un travail intitulé: la chirurgie de guerre en Bulgarie, par le Prof. O. Laurent. (Kriegschirurgie in Bulgarien.) Bull. de l'acad. de méd. **69,** S. 113—121. 1913.

Laurent, Professor der Chirurgie in Brüssel, war auf dem Kriegsschauplatz als Chirurg in Philippopel tätig. Seine Erfahrungen ergänzen die bisher von deutschen und österreichischen Ärzten vorliegenden Berichte. Auch er weist insbesondere auf die Häufigkeit der Aneurysmen sowie der Schußverletzungen der Nerven hin, ferner auf die Seltenheit schwerer Schußverletzungen des Bauches, soweit das Hospitalmaterial einen Schluß gestattet; auf die Häufigkeit der Schußfrakturen, besonders der Hand; auf die Seltenheit der Amputationen und die große Zahl der Trepanationen; sowie auf die Gefahr der bei infizierten Wunden unternommenen operativen Eingriffe. Auch nach Laurent liefert die Infanteriewaffe das Gros der Verletzungen. *Kayser* (Köln).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Hildebrandt, Wilhelm, Chloroformnarkose und Leberkrankheiten. Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 527—528. 1913.

Die sog. „späte Chloroformvergiftung" bietet klinisch ein wohl charakterisiertes Krankheitsbild: Ungefähr 12—24 Stunden nach der Operation tritt wiederholt Erbrechen — meist kaffeesatzähnlicher Massen — auf; die Pulsfrequenz nimmt zu; der

Patient wird unruhig und zugleich apathisch; der Urin, der in geringen Quantitäten abgeht, enthält Albumen und Aceton. Unter Zunahme dieser Erscheinungen verfällt nach 1—5 Tagen der Patient in Koma, um nach wenigen Stunden ohne in die Augen fallende Erscheinungen zu sterben. Weniger häufig vorkommende Begleiterscheinungen sind: hohe Temperatur von unbestimmtem Kurventypus, Ikterus, Delirium. Als pathologisch-anatomische Grundlage dieser Erscheinungen kommen neben fettigen Degenerationen in Herz und Nieren vor allem Veränderungen der Leber in Frage, die an das Bild der akuten gelben Leberatrophie erinnern. Die Wirkung des Chloroforms auf die Leber ist um so deletärer, wenn sie mit bakterieller Schädigung kombiniert ist (Hepatitis parenchymatosa bei Scharlach, Erysipel, Sepsis usw.), ferner wenn bereits von vornherein ein krankhafter Zustand der Leber vorliegt (Stauungsleber, Lebercirrhose, Veränderungen im Anschluß an Alkoholismus u. a. m.), schließlich bei den verschiedensten Allgemeinstörungen, welche die Wiederstandskraft des Organismus untergraben (Stoffwechselstörungen, Blutverluste usw.). Eine wirkungsvolle Prophylaxe kann nur in einer der Narkose vorangehenden peinlich exakten Gesamtuntersuchung bestehen, die vor allem dem Zustande der Leber weitgehendste Beachtung schenkt und auch auf beginnende Lebererkrankungen ihr Augenmerk richtet. Die physikalischen Untersuchungsmethoden sind hierzu meist nicht ausreichend, es sind vielmehr feinere chemische Prüfungen erforderlich (Beobachtung des Harnurobilins und funktionelle Prüfung der Leber mittels Lävulose und Galaktose). Die Beobachtung der Urobilinurie läßt uns vor allem die akute parenchymatöse Hepatitis erkennen, welche eine überaus häufige Begleiterscheinung von Erysipel, Scharlach, Tuberkulose, Perityphlitis und anderer entzündlicher Erkrankungen der Bauchhöhle ist. Bei einer derartigen Leberentzündung Chloroform anzuwenden, wäre ein Kunstfehler. *Tiegel* (Dortmund).

Pellegrini, Augusto, Sulla preferenza da darsi alla narcosi coll'etere somministrato a goccie. (Über die Vorzüge der Äthertropfnarkose.) (*Osp. di S. Francesco, Marradi.*) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig. S. 125—128. 1913.

In den chirurgischen Kliniken Italiens wird die Chloroformnarkose im allgemeinen der Äthernarkose vorgezogen. Verf. bricht deswegen eine Lanze für die Äthertropfnarkose, die er in 300 Operationsfällen anwandte ohne üble Zufälle zu erleben, besonders hatte er gar keine Komplikationen von seiten der Lunge gehabt. Er verwirft alle asphyktischen Methoden und verwendet zur Tropfnarkose die Schimmelbuschsche Maske. Vor der Operation wird der Mund des zu Operierenden gereinigt, bei den geringsten Schleimansammlungen im Munde wird der Kopf forciert nach hinten gebeugt und tief gelagert. Auf die leichte Zersetzbarkeit des Chloroforms durch Luft und Licht wird besonders hingewiesen. Die Äthertropfnarkose soll auch die Spinalanästhesie etwas zurückdrängen, die nach des Verf. Ansicht in Italien zu viel angewandt wird. *Herhold* (Hannover).

Hervey, Clifford R., Ether, hot or cold? (Warmer oder kalter Äther.) New York med. journal **97**, S. 344—345. 1913.

Verf. hat zuerst experimentell geprüft, auf wieviel Grad Äther, der in einiger Entfernung von der Maske erwärmt und durch einen Schlauch zugeführt wird, erhitzt werden muß, um ungefähr Körpertemperatur beim Eintritt in die Atmungswege zu haben (41° C). Verf. empfiehlt dringend, Äther angewärmt anzuwenden. Kalter Äther bewirkt Reizungen der Atmungsorgane, Neigung zu Erbrechen, Störungen der Verdauungstätigkeit nach der Narkose. Verf. erwärmt den Äther im Wasserbade und verbindet die Flasche durch einen Schlauch mit einer Esmarchschen Maske, die mittels Guttaperchapapier abgedichtet ist. *Schlesinger.*

Hölder, Helene, Gestattet der Probedämmerschlaf eine Bestimmung der Toleranz für Scopolamin-Pantopon bei der nachfolgenden Operation? (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) Zeitschr. f. Gynaekol. **37**, S. 380—383. 1913.

Der Erfolg der Probeinjektionen deckte sich bei der gleichen Patientin nur selten mit dem frühestens am 3. Tage danach als Vorbereitung zur Operation eingeleiteten Dämmerschlaf. Die Unbeherrschbarkeit der Wirkung beruht vor allem auf der verschiedenen auch beim gleichen Organismus beständg wechselnden Resorptionsfähigkeit.

Die Maximaldosis für Scopolamin beträgt in der Tübinger Frauenklinik 0,0006. Alte decrepide oder sehr ausgeblutete Frauen bekommen nur die halbe Dosis oder höchstens 4,5 dmg aber stets auf zwei Einspritzungen verteilt. *Läwen* (Leipzig).

Honan, William Francis, and J. Wyliss Hassler, General anesthesia by the intravenous route. (Allgemeine Anästhesie auf intravenösem Wege.) Med. record **83**, S. 231—235. 1913.

Verff. haben in 78 Fällen (Laparotomie, Gelenkinfektionen, Kropf- und Zungenoperationen, Exstirpationen von vorigen, Kastrationen usw.) intravenöse Nekrosen mit Äther-, Hedonal- und Paraldehyd-Ätherlösungen ausgeführt und dabei keinen ernsten Zwischenfall erlebt. Bei Verwendung von Äther trat die komplette Anäthesie nach $1^1/_2$ bis 23 Minuten, beim Hedonal nach 12 Sekunden bis 4 Minuten ein. Es wurden 5proz. Äther- und 0,75proz. Hedonalkochsalzlösungen benutzt. Auch bewährte sich die Kombination einer $2^1/_2$proz. Paraldehyd- mit einer 3proz. Ätherkochsalzlösung recht gut. *Läwen* (Leipzig).

Honan, William Francis, and J. Wyliss Hassler, Experiences with intravenous anaesthesia. Preliminary report. (Vorläufiger Bericht über Erfahrungen mit intravenösen Narkosen.) Surgery, gynecol. a. obstetr. **16**, S. 206—209. 1913.

Die Verff. rühmen nach ihren an 51 Fällen gesammelten Erfahrungen die Vorteile der intravenösen Narkosen, die sie mit Äther, Hedonal und versuchsweise auch in einigen Fällen mit Paraldehyd ausführten. Störungen oder üble Nachwirkungen haben sie nicht beobachtet. Besondere Indikationen für die Anwendung intravenöser Narkose wurden nicht befolgt. Sie hatten unter ihren Anfangsfällen einen Versager infolge einer zu niedrigen Temperatur der Lösung. Bei der Hedonalnarkose war stets ein Sinken des Blutdruckes nachweisbar, das in einem Falle sogar einige Tage anhielt. *Kulenkampff* (Zwickau).

Moore, W., Hedonal anaesthesia. (Hedonalnarkose.) Austral. med. journal **2**, S. 875. 1913.

Moore hat an mehreren englischen Hospitälern die intravenöse Hedonalnarkose studiert. Da er unter einem relativ kleinen Material mehrere Todesfälle sah, hat er sich nicht entschließen können, sie selbst anzuwenden. Trotzdem meint er, daß die Methode für gewisse Zwecke brauchbar sei, insbesondere für Gehirnoperationen, wo jede andere Narkose gefährlich ist, ferner für Kropfoperationen. Kontraindiziert ist sie bei Operationen in Mund und Nase, überhaupt überall da, wo die Patienten Blut aspirieren können, ferner bei alten Leuten und solchen, die einen hohen Blutdruck haben. Die verbreiteste Darreichungsart ist Injektion in die Venen des Ellbogens, jedoch wird auch manchmal in die Vena saphena eingespritzt. Zuerst soll man schnell einfließen lassen, bis der Patient schläft, später langsamer. In der Regel erwachen die Kranken nach 4—12 Stunden, jedoch manchmal auch noch später. Die injizierten Mengen schwankten zwischen 1000 und 1700 ccm. Die englischen Chirurgen rühmten besonders die gute Entspannung der Bauchmuskeln während der Narkose. *Schlesinger* (Berlin).

Latham, L. S., Observations on some recent methods in anaesthesia. (Beobachtungen über einige neue Anästhesierungsverfahren.) Austral. med. journal **2**, S. 855—856. 1913.

Verf. berichtet in einem kurzen Vortrag über einige intravenöse Hedonalnarkosen, die er in London ausführen sah und bespricht kurz die Vorteile und Gefahren derselben. Er sah auch Insufflationsnarkosen und erwähnt einen interessanten Versuch von Kelly, der einem Hunde Holzkohle gab und durch Apomorphin während der Narkose Erbrechen erzeugte. Keine Kohle in den Lungen, während sich bei gewöhnlicher Narkose stets solche nachweisen ließ. *Kulenkampff* (Zwickau).

Luke, H. Clifton, A case of extensive subcutaneous emphysema following intratracheal anaesthesia, with recovery. (Über einen in Heilung ausgegangenen Fall von ausgedehntem Hautemphysem nach Insufflationsnarkose.) Surgery, gynecol. a. obstetr. **16**, S. 204—205. 1913.

Bei Gelegenheit einer Trepanation über dem Kleinhirn, bei welcher durch starke Vorwärtsneigung des Kopfes der regelrecht und ohne Störung eingeführte Katheter (Nr. 24 Fr.) vielleicht verschoben sein konnte und die Beobachtung des Gesichtes erschwert war, kam es, nachdem sich im Laufe der ersten 25 Minuten schon eine mäßige Cyanose entwickelt hatte, 10 Minuten später zu einer schweren Atemstörung. Nach künstlicher Atmung langsame Erholung. Es fand sich ein vom Gesicht bis zum Nabel und hinten bis zur Wirbelsäule reichendes Hautemphysem. 16 Tage später Versuch einer Entfernung des Tumors. 5 Tage später Tod infolge von

„Traumatic cerebritis". Keine pulmonalen Erscheinungen. Das Emphysem hatte sich bis auf die Gegend über der Wirbelsäule wieder verloren. Sektion verweigert.

Als Ursache kommt entweder eine direkte Läsion durch den Katheter in Frage, oder eine Lungenruptur durch zu starken Druck und zu tiefes Einführen desselben, denn Verf. glaubt nach den bisherigen Erfahrungen nicht, daß er zu dick gewesen sei. In einem zweiten, tödlichen Fall, der sich in New York ereignete, war der Katheter in einen Bronchus geglitten und hatte durch Verstopfung desselben zur Lungenruptur geführt. *Kulenkampff* (Zwickau).

Nicosia, S., Sur l'anesthésie médullaire et sur quelques problèmes qui s'y rattachent. (Über die medulläre Anästhesie und einige Probleme, welche sich daran knüpfen.) (*Inst. de mat. méd., univ., Catane.*) Arch. ital. de biol. **58**, S. 393—416. 1913.

Nicosia hat durch Versuche an Hunden eine Reihe von Fragen aus dem Gebiete der Rückenmarksanästhesie der Lösung näherzubringen versucht. Seine Versuche erstrecken sich auf das Verfahren der Rachistovainisation nach Jonnescu, auf den Einfluß der Lagerung des Körpers, auf die Durchgängigkeit der Meningen für chemische Stoffe und auf die Giftigkeit der Stovainlösungen bei Einspritzung in die Rückenmarkssubstanz selbst. Von den beiden Jonnescuschen Punktionsstellen, von denen die obere zwischen 1. und 2. Brustwirbel, die untere zwischen 12. Brust- und 1. Lendenwirbel liegt, ist beim Hunde aus technischen Gründen nur die untere brauchbar. Verwendet wurde Stovain von Poulenc frères, Strychnin von Merck. In der Wirkung machte es keinen Unterschied, ob als Lösungsmittel destilliertes Wasser oder 0,75proz. Kochsalzlösung verwendet wurde. Als geeignetste Dosis, um beim Hunde eine langdauernde Anästhesie des ganzen Körpers mit Ausnahme des Kopfes ohne störende Neben- oder Nachwirkungen zu erhalten, ergab sich 0,02 Stovain und 0,0001—0,00005 Strychnin. nitr. für das Kilo Körpergewicht. Funktionelle Störungen blieben nie zurück. Die histologischen Untersuchungen stehen noch aus. — Wenn der von Jonnescu zur Verhütung bulbärer Lähmungen durch Stovain empfohlene Strychninzusatz weggelassen und Stovain allein gegeben wurde, so zeigte sich, daß es selbst in hohen Dosen gut vertragen wurde. Selbst bei 0,07 g Stovain auf das Kilo Körpergewicht erholten sich die Tiere. — Die Lagerung des Körpers ist zweifellos von hoher Bedeutung. Wurden die Tiere nach der Einspritzung auf den Kopf gestellt, so trat schon bei 0,04 g Stovain auf das Kilo Körpergewicht nach wenigen Minuten Atemstillstand ein. Allerdings konnte man noch bei 0,06—0,07 g durch künstliche Atmung die Tiere retten. Bei 0,08 g gelang die Wiederbelebung nicht mehr. Leider stehen die entgegengesetzten Versuche, ob es bei aufgerichteter Haltung gelingt, die Wirkung abzuschwächen, noch aus. — Bei der intramedullären Einspritzung von Stovainlösungen kam N. zu anderen Ergebnissen als Rehn. Während dieser bei Einspritzung von Tropacocain-, Novocain- oder Stovainlösungen in die Rückenmarkssubstanz plötzlichen Tod der Tiere eintreten sah, und zwar, wie Vergleichsversuche mit physiologischer Kochsalzlösung ergaben, als Folge der toxischen, nicht der mechanischen Wirkung, bekam N. bei Einspritzung von 0,01—0,02 g Stovain auf das Kilo nur die gewöhnliche Anästhesie ohne andere Störungen, als sie durch die mechanische Verletzung des Rückenmarks, auch bei Einspritzung von Kochsalzlösung, bedingt wurden. Die Stovainwirkung war bei intramedullärer Einspritzung lediglich eine etwas stärkere als bei Einspritzung in den Subarachnoidealraum, Lebensgefahr trat aber auch hier erst bei hohen Dosen auf. — Auch bei der Untersuchung über die Durchgängigkeit der Meningen wendet sich N. gegen Rehn, wobei er es besonders für unzulässig erklärt, aus der Nachweisbarkeit in den Wirbelkanal eingespritzter chemischer Stoffe in der Zirkulation auf ihre Anwesenheit im Wirbelkanal zu schließen. Wenn er Hunden ziemlich hohe Dosen von salicylsaurem Natron in den Wirbelkanal einspritzte, so war davon schon nach 8 Stunden in der Cerebrospinalflüssigkeit nichts mehr nachweisbar, dagegen ließ es sich in der Zirkulation und im Urin viel länger nachweisen. Eine gleichzeitige oder folgende Stovaineinspritzung änderte an der Durchgängigkeit von innen nach außen nichts. Der umgekehrte Weg, die Durchlässigkeit der Arachnoidea von außen nach innen wurde gegenüber Jodkali geprüft, das subcutan, intraperitoneal oder intravenös gegeben wurde. Normalerweise ist die Arachnoidea in der genannten Richtung für diesen Stoff undurchlässig. Auch hieran änderte selbst eine wiederholte Rachistovainisation nichts. Auch wenn intraperitoneal salicylsaures Natron gegeben und gleichzeitig oder vorher Stovain in den Wirbelkanal oder in das Rückenmark eingespritzt worden war, wurde Salicylsäure niemals in der Cerebrospinalflüssigkeit nachweisbar, entsprechend dem Verhalten normaler Tiere. *M. v. Brunn* (Tübingen).

Bedeschi, Primo, Considerazioni sopra 924 casi di rachistovainizzazione. (Betrachtungen über 924 Fälle von Rückenmarksanästhesie mit Stovain.) (*Osp. civ., Ravenna.*) Gaz. degli osp. e delle clin. **34**, S. 249—251. 1913.

Seit 1905 wurde im Hospital von Ravenna die Lumbalanästhesie mit Stovain (Billon)

in 924 Fällen ausgeführt. Die Dosis von 0,075 cg wurde nicht überschritten. Von Neben- und Nacherscheinungen wurden neben einigen leichten Ohnmachten in 2 Fällen schwerer bedrohlicher Kollaps und ebenfalls in 2 Fällen monatelang anhaltende Paresen im Bereiche der unteren Extremitäten beobachtet, wobei vorzugsweise die sensiblen Nerven gelähmt waren. Verf. nimmt eine besondere Affinität des Stovain zu den sensiblen Nervenfasern an. Wegen dieser Folgeerscheinungen empfiehlt Verf. die Rückenmarksanästhesie lediglich für die Fälle, in denen eine kleine Dosis ausreicht, um Anästhesie zu erzielen (Damm-Mastdarm-Genitaloperationen). *Strauss* (Nürnberg).

Vogel, K., und A. Kraemer, Eine Beobachtung von herzblockähnlichen Erscheinungen nach der Lumbalanästhesie. (*St. Johannes-Hosp., Dortmund.*) Med. Klinik **9,** S. 369—370. 1913.

Bei einem bis dahin relativ gesunden Greise von 75 Jahren traten nach einer unkomplizierten Bruchoperation mit Lumbalanästhesie (1 ccm Tropacocainlösung Pohl-Schoenbaum) Erscheinungen schwerster Vagusstörungen auf: Hochgradige Bradykardie (ca. 34 Pulsschläge in der Minute), Insuffizienz des ganzen Herzens mit konsekutiver Dyspnoe und Hydropsie. Die herzblockähnlichen Symptome hielten mehrere Wochen an, besserten sich dann langsam. Ausgang in Heilung. Als mögliche Ursache dieser auffallenden Erscheinungen wird die intradurale Einverleibung von Tropacocain in Erwägung gezogen, wobei die Frage offen gelassen wird, wie das Medikament auf den Vagus gewirkt hat. *Tiegel* (Dortmund).

Hellwig, W., Über Lokalanästhesie. Klin.-therap. Wochenschr. **20,** S. 265 bis 268. 1913.

Gadd, Pehr, Zur Frage der äußeren Mandibularanästhesie. (*Chirurg. Klin., Helsingfors.*) Östr.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. **29,** S. 52—67. 1913.

In den Fällen, wo auf Grund technischer Schwierigkeiten, z. B. wegen hochgradiger Ankylose des Unterkiefers oder wegen allzu großer Infektionsgefahr die Mandibularanästhesie von der Mundhöhle nicht zur Anwendung kommen kann, empfiehlt Verf. die äußere Mandibularanästhesie.

Er sucht am unteren Rande der Mandibula die Arteria maxillaris externa auf und sticht mitten zwischen diesem Punkt und dem Augulus mandibulae — eher noch etwas mehr nach hinten — durch die Haut nach der medialen Wand der Mandibula und tastet sich unter fortwährendem Einspritzen von Flüssigkeit am Knochen entlang nach hinten und oben. Gleich nach dem Einstich fühlt man die etwas rauhe Partie des Knochens, die Ansatzstelle des Musculus pterygoideus internus. Der Abstand von der Einstichstelle bis zum Foramen mandibulare, die Weichteile mit gemessen, beträgt etwa 30 mm. Geht man mit der Nadel noch ein wenig höher nach oben und medial, so kann nötigenfalls hier durch ein 2. Injektionsdepot das Gebiet des Nervus Lingualis mit in den Bereich der Anästhesie einbezogen wer en. Zur Anästhesie genügen bei einer Wartedauer von 25 Minuten 1,5—2 ccm einer 2 proz. Novocainsupereninlösung. *Herda* (Berlin).

Sievers, R., Phrenicuslähmung bei Plexusanästhesie nach Kulenkampff. (*Chirurg. Univ.-Klin. u. -Poliklin., Leipzig.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 338—341. 1913.

$^1/_4$ Stunde, nach der in üblicher Weise mit 20 ccm einer 2 proz. Novocainbicarbonatlösung ausgeführten Plexusanästhesie, bei der Parästhesien im Ulnarisgebiet aufgetreten waren, begann der Injizierte über Schmerzen in der rechten Brustseite zu klagen. Zugleich trat eine coupierte Atmung wie bei der Pleuritis sicca auf, Druckschmerz in der Gegend der 8.—9. Rippe und geringere Verschieblichkeit der unteren Lungengrenze mit abgeschwächter Atmung. Vor dem Röntgenschirm sah man eine schätzungsweise handbreite Differenz bei tiefen Inspirationen gegenüber links. In den nächsten drei Tagen klang die Störung rasch ab; es war nur noch leichtes Knistern und abgeschwächtes Atemgeräusch nachweisbar. Am 4. Tage ergab auch die Röntgenaufnahme wieder normale Verhältnisse.

Verf. bespricht drei Möglichkeiten einer Entstehung: die endoneurale Injektion in den Halsphrenicusstamm, eine subfasciale Diffussion nach demselben hin und eine Einwirkung auf seine an der Vorder- und medialen Seite der Pleurakuppel herabziehenden Fasern. Der erste Modus erscheint ihm unwahrscheinlich. Die Schmerzen erklären sich aus den sensiblen Anteilen des Nerven, das Nichtzurückgehen der Störung nach Aufhören der Anästhesie läßt an mechanische Schädlichkeiten (Blutung, Luftaustritt aus der angestochenen Lunge) denken. Ernstere Gefahren könnten sich wohl nur bei schon bestehenden Lungenkrankheiten entwickeln; selbst doppelseitige Lähmung des Zwerchfells führt nach Duchenne nicht zur Erstickung. Daß es sich um eine Injektion in die Pleura gehandelt habe, glaubt Verf. nicht, da keine Pleuritis nachweisbar war. *Kulenkampff* (Zwickau).

Haim, Emil, Über Lokalanästhesie in der kleinen operativen Gynäkologie. Prag. med. Wochenschr. **38**, S. 98—100. 1913.

Der Lokalanästhesie wird in der Gynäkologie noch zu wenig Beachtung geschenkt. Sie läßt sich vom praktischen Arzte mit großem Vorteil im Sprechzimmer ebenso wie im Hause der Patientin bei kleineren gynäkologischen Eingriffen, welche mit großen Schmerzen oder Unbehagen verknüpft sind, oder bei denen die Gefährlichkeit der Allgemeinnarkose überwiegt, anwenden. Verf. denkt vor allem an den unvollständigen Abortus in den ersten Wochen bei ungenügend erweitertem Muttermund und an Abrasio bei Endometritis, wobei die Dilatation in einer Sitzung ermöglicht wird. Die Technik ist sehr einfach: Durch Auflösung von 2 Novocain-Suprarenintabletten (Novocain 0,125 und Suprarenin 0,00016) in steriler 0,9 proz. Kochsalzlösung, die man in kleinen Fläschchen mit sich führt, wird eine 1 proz. Lösung frisch bereitet. Die Portio uteri wird in einem selbsthaltenden Speculum eingestellt und mit einer Kugelzange gefaßt, dann wird die erste Einspritzung (mit einer 5-ccm-Rekordspritze mit 6—8 cm langer Kanüle, die in Wasser ohne Soda ausgekocht wird) in das vordere Scheidengewölbe am Ansatz der vorderen Scheidenwand an die Portio gemacht und die Nadel 1—$1^1/_2$ cm tief eingestochen und 5 ccm injiziert. Hierauf wird die Nadel rechts und links neben dem Uterus in das paracervicale Gewebe 2 cm vorgeschoben und ebenfalls je 5 ccm injiziert, zum Schluß noch eine Spritze 1 cm tief in das hintere Scheidengewölbe. Nach 5—10 Minuten kann man mit der Operation beginnen, die vollkommen schmerzlos ist. Man kann auch bei empfindlicheren Patientinnen eine 2 proz. Lösung des ungiftigen Novocains nehmen. Es handelt sich um eine Leitungs-, nicht Infiltrationsanästhesie. Verf. beobachtete, daß die Dilatation des Cervicalkanales mit Hegarstiften nicht nur schmerzlos, sondern auch leichter war, weil der Muskelwiderstand stark verringert war. Dadurch kommt auch die Anwendung bei Eklampsie in Frage, wo es darauf ankommt, eine rasche Dehnung des Muttermundes herbeizuführen, ohne neue Krampfanfälle hervorzurufen. Weiter schlägt Verf. die Anwendung der Leitungsanästhesie vor bei Dilatation bei Dysmennorrhöe und bei Vaginismus, ferner zur Operation der Hämorrhoidalknoten (Sphincterdehnung dabei leicht). Eine Einspritzung in den Damm vor dem Durchschneiden des Kopfes macht zum Dammschutz den Damm unempfindlich und verhütet krampfhafte Muskelkontraktionen. Eine Dammnaht kann schmerzlos gemacht werden. Ein weiteres Gebiet sind Operationen alter Dammrisse, Kolpoperineorrhaphien, ferner alle Operationen an der Cervix, der Vagina und den Labien (Carcinomrezidiv in der Vagina, Ausschälung der Bartholinischen Drüsen). Zum Schluß wird noch die Methode von Kraatz (Centralbl. f. Gynäkol. 1910, S. 729 und 1129) bei Alexander-Adamscher Operation angeführt: 5 ccm einer 1 proz. Lösung werden 1 cm unterhalb und median von der Spina os. il. ant. sup. direkt unter die Obliquusfascie, ebensoviel in die Gegend des inneren Leistenringes (1 cm über der Mitte des Lig. Poupartii senkrecht zur Bauchhaut) eingespritzt; eine dritte Spritze anästhesiert den Leistenkanal selbst, indem die Nadel vom Tub. pubis unter der Fascie in der Richtung des Kanals vorgeschoben wird. Die Anästhesie tritt nach 5—8 Minuten ein. *Herzog* (Frankfurt a. M.).[G]

Deutschländer, Carl, Gelenkanästhesie. (*Privatklin. Dr. Deutschländer, Hamburg.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 377—380. 1913.

Die Anästhesierung der Gelenkhöhlen durch direkte Injektion des Anästheticums in dieselben ist eine schon lange geübte und brauchbare Methode. Deutschländer versuchte dieselbe auch bei orthopädischen Eingriffen wie Redressements usw., fand aber, daß die Wirkung oft ungenügend war. Um die rasche Resorption der anästhesierenden Flüssigkeit im Gelenke zu verhindern, schnürte er die Extremität ab. Die Wirkung war jetzt bedeutend besser und nachhaltiger. Auch bei blutigen Eingriffen an den Gelenken benutzte er dieses Verfahren, mußte allerdings noch die Weichteile über den Gelenken in der Schnittlinie infiltrieren. Die Blutleere muß absolut sein, sonst tritt die Anästhesie nicht ein. Bei größeren Gelenken injiziert D. in zwei Abschnitten die Lösung in das innere des Gelenkes. *Hirschel* (Heidelberg).

Desinfektion:

Aperlo, Giovanni, Sulla disinfezione delle mani in chirurgia. (Über die Händedesinfektion in der Chirurgie.) (*Istit. di patol. e clin. proped. chirurg., univ., Pavia.*) Clin. chirurg. **21,** S. 331—353. 1913.

In einer ausgedehnten Serie von Versuchen hat Verf. den Wert der verschiedenen Desinfektionsmethoden der Hände erprobt. Während der einzelnen Operationsphasen wurden die Finger des Operateurs für die kurze Zeit von 15 Sekunden in sterile 10proz. Gelatinelösung getaucht und aneinandergerieben, die Gelatine wurde dann mit Eis zum Erstarren gebracht und dann während 8—10 Tage in einer Temperatur von 18° C aufbewahrt. Verf. kam zu folgendem Resultate: 1. Die fortgesetzte Waschung mit warmem Wasser, Seife und steriler Bürste ist nicht genügend um die Keime der Haut zu entfernen, das Resultat ist nicht besser, wenn das Waschen während einer Stunde fortgesetzt wird. Das Abtrocknen der Haut mit sterilen Tüchern hat keinen Einfluß. 2. Um eine Verminderung der Keimzahl zu erzielen, ist die Einwirkung von Alkohol notwendig. Die Reinigung mit Alkohol allein ohne vorherige Desinfektion mit Seife und Wasser gibt die besten Resultate, es empfiehlt sich immerhin die Haut vorher zu reinigen. 3. Das Auswachen mit 2‰ Sublimat nach der gewöhnlichen Desinfektionsart hat keinen Einfluß auf den Keimgehalt. 4. Während der Operation wandern die Keime von den Händen des Operateurs in die Wunde, trotz dieser Wanderung kann die Wunde usw. heilen. 5. Die Hände, welche während 10 Minuten in Wasser, dann während 5 Minuten in Alkohol gewaschen und ferner mit Handschuhen überzogen werden, sind wirklich steril; die Handschuhe müssen in korrekter Weise angezogen und nochmals mit Alkohol während mindestens 60 Sekunden gewaschen werden. 6. Die Keime, die am meisten vorkommen, sind der Staphyl. alb. und die gewöhnlichen Saprophyten der Luft. 7. Die Konzentration des Alkohols, seine Beimischung mit Jod oder seine Denaturation sind ohne Einfluß. Zum Schlusse wird folgendes Vorgehen empfohlen: Notdesinfektion: 10 Min. Waschen mit Alkohol (70°—95° auch denaturiert). Gewöhnliche Desinfektion: Wasser und Seife 10 Min., dann 5 Min. Alkohol.

Monnier (Zürich).

Gaetano, Crucillà, Contributo clinico-statistico alla disinfezione della pelle con tintura iodica. (Klinisch-statistischer Beitrag zur Desinfektion der Haut mit Jodtinktur.) (*R. arcisp. S. Maria Nuova, Firenze.*) Gaz. degli osp. e delle clin. **34,** S. 257—260. 1913.

Die meisten Chriurgen Italiens äußern sich sehr anerkennend über die Grossichsche Desinfektion der Haut mit Jodtinktur. In verschiedenen Kliniken Italiens wurde durch bakteriologische Versuche festgestellt, daß die Resultate am besten waren, wenn die Jodtinktur auf die trockne Haut gepinselt wurde, und daß sie nicht so gut waren, wenn vorher Wasser und Seife angewandt war. Wahrscheinlich vermag nach Abwaschen der Haut mit Seife und Wasser die Jodtinktur nicht in die verstopften Ausführungsgänge der Schweiß- und Talgdrüsen einzudringen. Von einzelnen Kliniken werden Nachteile der Jodtinkturdesinfektion gemeldet, z. B. Ekzeme, Erytheme, toxische Albuminurien; auch drei postoperative Todesfälle (Biesalsky, Moscowitz, Patris) sind außerhalb Italiens der Jodtinktur zur Last gelegt. Verf. glaubt, daß diese Todesfälle nicht auf die Jodtinktur allein geschoben werden können, und daß sich auch die anderen oben erwähnten Schäden bei richtiger Anwendung der Methode vermeiden lassen. Er verwendet eine frisch bereitete Lösung von 6 Teilen Jod auf 100 Teile 95% Alkohol, pinselt 12 Minuten vor Beginn der Operation auf die trockne Haut und dann noch einmal nach 2 bis 3 Minuten. Bei 329 auf diese Weise vorbereiten Operationen hatte er glänzende Resultate.

Herhold (Hannover).

Kondring, Heinrich, Klinische Erfahrungen mit Chlormetakresol zur Schnelldesinfektion der Hände. (*Provinzialfrauenklin., Posen.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 513—515. 1913.

Chlormetakresol ist in 50proz. Lösung unter dem Namen Phobrol im Handel. Zur Desinfektion der Hände und des Operationsgebietes bedient man sich einer 1proz. Phobrollösung in 70proz. Alkohol mit oder ohne Zusatz von 20% Aceton. Zur fertigen Desinfektion sind 8 Minuten mehr als genügend, 3 Minuten lange Waschung mit Seife und Wasser eingerech-

net. Bei ausgezeichneten klinischen Erfolgen schließt also diese Methode den Vorteil, die Desinfektionszeit wesentlich abzukürzen, in sich. Die Lösung ist vollkommen geruchlos, für die Haut der Hände, auch bei fortgesetztem Gebrauch, unschädlich. *Genewein* (München).

Wolters, Über eine Berufsdermatose bei Zahnärzten, hervorgerufen durch die Benutzung von Trikresolformalin. Dtsch. zahnärztl. Wochenschr. **16**, S. 161—163. 1913.

Wolters beobachtete wiederholt bei Zahnärzten, welche zwecks Desinfektion eitriger Wurzelkanäle mit Trikresolformalin aa arbeiteten, eine chronische Hauterkrankung an den Fingern. Er rechnete diese Dermatose zu den sog. Berufsekzemen. Befallen sind vorzugsweise Endphalangen der Finger, die Umgebung der Nägel und beim weiteren Fortschreiten des Ekzems die Haut der Hände. Die Heilung findet in den Anfangsstadien unter einer irrelevanten Therapie ohne Rezidivbildung statt, sofern das schädigende Agens dauernd gemieden wird. Bisweilen schließen sich den akuten Hautveränderungen bei einer besonderen Empfindlichkeit gegen Trikresolformalin langwierige, chronische ekzematöse Störungen an: hornartige Veränderungen der Oberhaut, Infiltrationen, Rißbildungen, Erosionen, Pustel- und Blasenbildung, die mit Schmerzen und starkem Jucken einhergehen. Bei der Behandlung warnt W. vor Gummifingerlingen, Badebehandlung und Vaselin in dicken Schichten. Er empfiehlt, die Anwendung des Trikresolformalin für die Praxis völlig auszusetzen, Röntgenbestrahlung von $^1/_4$—$^1/_5$ E.D. 3—4 mal in Pausen von 8—10 Tagen; in diesen Pausen Puder, Tumenol-Zinkpinselungen resp. Zink-Wismutsalben. Gegen das zuletzt noch bestehende Infiltrat und ev. Schuppenbildung leisten Steinkohlenteer (Solutio lithantracis acetonica oder Liq. carbonis detergens), darüber eine milde Salbe gute Dienste. *Herda* (Berlin).

Hohlbaum, J., Zur Frage der Schleimhautjodierung bei Operationen am Magen-Darmtrakt. (*Chirurg. Univ.-Klin., Leipzig.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 344 bis 347. 1913.

Erwiderung auf einen Artikel Fiebers (Zentralbl. f. Chir. **39**, S. 34), der nach der Resektion eines Coecaltumors Nekrose des Darmes beobachtete und die Schuld daran der verwendeten Jodtinktur zuschrieb. Nach dieser Erfahrung glaubte er sich berechtigt, die nach Darmnaht bisweilen auftretenden Fisteln ebenfalls der Jodtinktur zur Last zu legen und von der Verwendung dieses Mittels zur Desinfektion der Schleimhaut dringend abzuraten. Dem gegenüber weist Verf. auf 200 Enteroanastomosen hin, bei denen der prinzipielle Gebrauch der Jodtinktur niemals einen Schaden angerichtet hat, obwohl sich unter den Patienten zahlreiche, schwer kachektische und arteriosklerotische befanden, bei denen eine auch nur geringe Schädigung der Darmwand unvermeidlich zur Nekrose hätte führen müssen. Gänzlich unhaltbar erscheint die Annahme, daß die Entstehung von Darmfisteln auf die Jodtinktur zu beziehen sei. Verf. erblickt in der Insuffizienz der technisch fehlerhaften oder unter ungünstigen Verhältnissen angelegten Naht den wahren Grund hiervon, wenn nicht ein auf die Nahtstelle aufgelegter Tampon die Fistelbildung veranlaßte. Ferner weist er auf die Tatsache hin, daß Fisteln namentlich gern an blind geschlossenen Darmstücken (z. B. am Duodenalstumpf nach Magenresektion) sich ausbilden, wo eine Jodierung der Schleimhaut gar nicht stattgefunden hat. Den vielen günstigen Erfahrungen, die man an der Leipziger und an anderen Kliniken (de Quervain) mit der Jodtinktur gemacht hat, steht ein einziger angeblich durch die Jodtinktur veranlaßter Mißerfolg gegenüber, so daß deren weitere Verwendung sich nicht verbieten läßt. *Genewein.*

Morgan, William E., The serpent's tooth in formaldehyd. (Der Schlange Zahn im Formalin!) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 590—591. 1913.

Verf. warnt vor sorgloser Anwendung des Formalins. Er zog sich nach Desinfektion seiner Hände und Arme mit Alkohol, dem zur Denaturierung auf 250 Teile 1 Teil 40 proz. Formaldehyds zugesetzt war, eine äußerst hartnäckige Dermatitis zu. Überall, wo Formalin zur Verwendung kommt — bei Zimmerdesinfektion, zur Konservierung in der pathologischen Anatomie usw. — ist größte Vorsicht am Platze wegen häufiger Idiosynkrasie. Den Schluß des Artikels bilden Ratschläge zur Behandlung der Formalindermatitis. *Krüger* (Weimar).

Pech, Antisepsie rationnelle des plaies. Traitement curatif des dermomycoses par un procédé nouveau. Traitement des otites moyennes suppurées. (Rationelle Wundantisepsis. Eine neue Behandlung der Dermomykosen. Zur Be-

handlung der eitrigen Mittelohrentzündungen.) Bull. méd. **27,** S. 107—109. 1913.

Ausgehend von der Tatsache, daß Alkohol und Äther auf die albuminoiden oder lipoiden Kolloidsubstanzen der Mikroorganismen auflösend wirkt, empfiehlt Verf. zur Behandlung frischer nicht infizierter Wunden zur Verhütung einer Jnfektion feuchte Verbände mit absolutem Alkohol, zur Behandlung der infizierten Wunden Verbände mit Äther. — Zur Behandlung hartnäckiger Trichophyten und andrer Dermomykosen wird mit Erfolg Chloräthyl verwendet. — Bei acuter eitriger perforierter Mittelohrentzündung wird zweimal tägliches Eingießen einiger Tropfen Äther, dünner Jodlösung oder verdünnter Pikrinsäure empfohlen. *Kalb* (Stettin).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Ganon, J., Zur Frage der Aufbewahrung chirurgischer Instrumente in den Tropen. Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg. **17,** S. 167. 1913.

Erprobte und empfiehlt, die Instrumente nach der Reinigung gut zu trocknen und in eine Lösung von Vaselin in Benzin oder Gasolin zu tauchen. Benzin und Gasolin verflüchtigen sich und eine dünne Schicht Fett bleibt auf den Instrumenten haften. *zur Verth* (Kiel).

Jessner, S., Eine flache Venenpunktionskanüle. Med. Klin. **9,** S. 416. 1913.

Empfehlung einer „flachen" Nadel (zur Blutentnahme aus der Vene) mit ovalem Querschnitt. *Kreuter* (Erlangen).

Muzi, Saturno, Di un nuovo mezzo di sintesi ossea. (Über ein neues Mittel zur Knochennaht.) Riv. osped. **3,** S. 141—149. 1913.

Muzi verwendet zur Adaption der Fragmente im Falle, daß blutige Naht angezeigt ist, Gummiband von 3 mm Breite, das er durch Bohrlöcher durchführt und nach Anspannung durch Seidennaht vereinigt. Die Elastizität übe entsprechend der Bandstärke und dem Spannungsgrade bei der Befestigung eine dauernd korrigierende Zugwirkung auf die Bruchstücke bzw. die Muskulatur aus und gestatte im Gegensatz zur Naht mit starrem Material, die Fragmente bald zu nähern, bald voneinander zu entfernen. Auf Grund dreier auf diese Weise vereinigter Patellarbrüche und eines Olecranonbruches, die nach dem Röntgenbild ideal heilten, empfiehlt Verf. die Methode, namentlich bei Gelenkbrüchen, weil sie frühzeitige Bewegung (am 6.—7. Tage) gestatte, und die elastische Vereinigung gleichsam orthopädisch modellierend auf die Fragmente wirke. *Frank* (Köln).

Frostanezki, M. M., Magnium als Metall, welches im Organismus resorbiert wird. (*St. Annen-Krankenh., Elisawetgrad.*) Chirurgia **33,** S. 1—7. 1913. (Russisch.)

Die Frage ein Material zu finden, welches im Organismus resorbiert werden kann, beschäftigte die Chirurgen schon seit alten Zeiten, besonders für tiefe Nähte war ein solches Material erwünscht. Verf. stellte Versuche mit Magniumdraht an, welcher Kaninchen unter die Haut und in die Weichteile verpflanzt wurde. Es wurden Bänder von 6 cm Länge (50 mg) gebraucht, und die Resultate nach 1, 2, 3, 4, 5 und 6 Wochen festgestellt. Es erweist sich, daß Magnium jedenfalls resorbiert wird; dieser Prozeß geht recht gleichmäßig vor sich und nach 6 Wochen war bei den Tieren die Resorption beendet und es konnten nur Magniumspuren nachgewiesen werden. Auf Grund seiner Experimente empfiehlt Verf. das Magnium für tiefe Nähte in Form von Draht oder Agraffen, welche auch in der Tiefe angelegt werden können. *Schaack* (Petersburg).

Young, James K., A new scoliosometer. (Ein neuer Skoliosenmesser.) Americ. journal of orthop. surg. **10,** S. 459—462. 1913.

Velez, Impermeabilización de los apósitos enyesados. (Wasserdichte Gipsverbände.) Revista de medicina y cirugia **27,** S. 19—20. 1913. (Spanisch.)

Gipsverbände bei Kindern und Benommenen schützt man gegen Nässe dadurch, daß sie in den ersten drei Tagen je einmal mit Seifenspiritus bestrichen werden und dann mit einem besonderen Firniss: Campher, Mastix, Kolophonium, Sandarach, Schellack aa. 20, Alkohol 91% 240,0. *Denks* (Hamburg).

Radiologie:

Mann, Ludwig, Die Elektrotherapie der Lähmungen und Muskelatrophien. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap. **17,** S. 213—224. 1913.

Becker, Ph. Ferdinand, Was soll der Nicht-Röntgenarzt über das X-Erythem wissen? Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 510—513. 1913.

Thiry, G., Maladies professionelles des photographes, lésions du sang, cancer? (Berufskrankheiten der Photographen, Veränderungen des Blutes, Krebs?) Paris méd. S. 417. 1913.

Pinch, A. E. Hayward, A report of the work carried out at the radium institute from Aug. 14th 1911 to Dec. 31st 1912. (Bericht über die in der Zeit vom 14. August 1911 bis 31. Dezember 1912 im Radiuminstitut behandelten Fälle.) Brit. med. journal **2717,** S. 149—163. 1913.

Der Bericht umfaßt 657 Fälle, die nur so weit ausgesucht worden sind, als moribunde Kranke und solche Kranke zurückgewiesen wurden, deren Leiden sich offenbar überhaupt nicht für die Radiumbehandlung eigneten. Von den malignen Tumoren bieten die besten Aussichten die Hautcarcinome, aber auch Mammacarcinome rezidivierte und inoperable sind gebessert und geheilt worden, wenn man die Heilung im klinischen Sinne versteht. Beachtenswert ist die Heilung eines Lymphosarkoms, das rezidivierend und inoperabel war, in einem knappen Vierteljahr. Bei den gutartigen Neubildungen ist das Keloid mit besonders gutem Erfolge behandelt worden. Für den Chirurgen ist weiter noch von Interesse der günstige Erfolg mit Emanationstrinkkuren bei Arthritis deformans. Die Arbeit eignet sich nicht gut für ein Referat, sie bringt zahlreiche Krankengeschichten und ausführliche Angaben über die angewendete Technik und muß im Original nachgelesen werden. *Denks* (Hamburg).

Estor, E., L'héliothérapie. (Die Heliotherapie.) Montpellier méd. **36,** S. 249 bis 266. 1913.

Estor erkennt rühmend für alle Fälle chirurgischer Tuberkulose die hervorragende Heilkraft der Sonnenbehandlung an, wie sie von Rollier - Leysin und Revillet - Cannes ausgeübt wird. Mit dieser Anerkennung darf aber die bisher gebräuchliche Behandlung nicht als unzweckmäßig verworfen werden; besonders wird gegen den oft gehörten Vorwurf Verwahrung eingelegt, daß die Ankylose bei Gelenktuberkulosen durch die immobilisierenden Verbände verschuldet würde, während sie in Wirklichkeit eine Folge der Gelenkerkrankung ist. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Berard, Léon, Les traumatismes du crâne. (Die Verletzungen des Schädels.) Bull. méd. **26,** S. 1111—1114 u. 1171—1174, 1912 u. **27,** S. 95—99. 1913.

Anschaulicher, mit Beispielen belegter klinischer Vortrag über die Verletzungen, besonders die Brüche des Schädels und ihre Folgeerscheinungen am Gehirn, Hirnerschütterung, -quetschung und -compression. Bei stark blutenden Hämatomen der Arteria meningea media kann die Blutstillung nur von einem weiten osteoplastischen Knochenfenster aus besorgt werden, doch machen manche dieser Operierten ein langhingezogenes Rekonvaleszenzstadium mit langdauernder Fistelung an der Operationsstelle durch. *Henschen* (Zürich).

Krassin, P. M., Zur operativen Behandlung der Fibrome der Schädelbasis. (*Univ.-Klinik, Kasan.*) Chirurgia **33,** S. 8—22. 1913. (Russisch.)

Nach ausführlicher Besprechung der Literatur über Nasenrachenfibrome teilt Verf. die operierten Fälle aus der chirurgischen Klinik in Kasan (Prof. Praksin) mit. Es handelt sich um 13 Fälle, deren kurze Krankengeschichten folgen. Es wurde meistens nach der Ollierschen Methode operiert, unter tiefer Morphium-Chloroformnarkose. Die umschnittene Nase wurde von oben mit einem breiten Meißel durchschlagen und dann nach unten geklappt, das Arbeiten mit dem Meißel sei bequemer als mit der Säge. Die Beobachtungen werden in 3 Gruppen geteilt. 1. Fälle ohne Deformation des Gesichts und der Nase (3 Fälle). 2. Patienten mit schwach ausgesprochener Deformation (6 Fälle) und 3. schwere Fälle mit ausgesprochenen Atmungsbeschwerden (4 Fälle); in einem dieser Fälle mußte die Tracheotomie gemacht werden. An diesen Fällen wurden im ganzen 17 Operationen ausgeführt. Nach Ollier wurde 10 mal operiert, nach Linhardt 2 mal. 1 mal wurde die Nase median gespaltet, 1 mal die Wange quer gespalten, 2 mal wurden die Polypen mit der Zange durch die Nase entfernt. Es starb ein Patient wegen starker Blutung auf dem Operationstisch, Mortalität 9,1%, die übrigen Fälle wurden geheilt entlassen. Verf. kommt zum Schluß, daß die Olliersche Methode einen guten und bequemen Zugang zum Entfernen der Fibrome schafft, auch das kosmetische Resultat dieser Operation sei befriedigend. *Schaack* (St. Petersburg).

Goto, S., Über einen seltenen Fall von Teratom des Oberkiefers (Epignathus). (*I. chirurg. Klin., Univ. Kiuschu, Japan.*) Arch. f. klin. Chirurg. **100,** S. 1137 bis 1150. 1913.

Bei einem $10^1/_2$jährigen Mädchen fand sich ein etwa hühnereigroßer, derber Tumor mit erodierter Oberfläche, der von der zwischen rechtem Eckzahn und 2. linken Prämolarzahn gelegenen Partie des Oberkiefers ausging. Der Tumor war im 8. Lebensjahre entstanden und früher als Aktinomykose angesprochen worden. Die Geschwulst war schon dreimal exstirpiert,

doch folgte jedesmal ein Rezidiv. Der Tumor wurde jetzt als Oberkiefersarkom diagnostiziert. Die Exstirpation brachte Heilung. Mikroskopisch erwies sich der Tumor als Teratom mit den Derivaten der 3 Keimblätter. Die Schnitte zeigten Rudimente des Dünndarmkanals, Oesophagus, der Hirnsubstanz mit Ganglien- und Gliazellen, von Pigmentzellen der Retina, der Lunge. Ferner fanden sich noch Knochen- und Knorpelgewebe, quergestreifte und glatte Muskelfaserbündel. An der mittleren Partie der Vorderfläche des Tumors bestand eine krebsige Umwandlung des Epithels. Polygonale, protoplasmareiche Zellen mit blasigem Kern werden als Leberzellen, zwischen diesen befindliche feine Capillargänge als Gallencapillaren gedeutet.

Verf. teilt seinen Fall nach der Schwalbeschen Einteilung der 3. Gruppe der eigentlichen Epignathi zu. In der Literatur waren nur 5 Fälle aufzufinden, die derselben Gruppe angehörten. Der Tumor hat sich anscheinend aus einer wucherungsfähigen, eiartigen Zelle entwickelt, welche in früher Embryonalzeit aus einer Blastomere im Alveolarknochen ausgeschaltet war. Als direkte Ursache zur Entwicklung des Teratoms werden häufig entzündliche Prozesse oder Traumen angeschuldigt. Hier fehlte eine bestimmte Ätiologie. *Wortmann* (Berlin).

Tourneux, Jean Paul, Les tératomes de la région occipitale. (Die Teratome der Occipitalgegend.) (*Clin. chirurg. de M. le prof. Mériel.*) Arch. gén. de chirurg. **7**, S. 129—137. 1913.

Während die Teratome ziemlich häufig in der Sakralgegend beobachtet werden, sind sie sehr selten in der Occipitalgegend. Außer seinem Falle konnte Verf. nur zwei ähnliche Fälle in der Literatur finden (Arnold und Veil).

17 jähriger Pat. mit einem walnußgroßen Tumor der Occipitalgegend, der bei der Geburt schon bestand und damals erbsengroß war. Der Tumor hat eine glatte Oberfläche, die Konsistenz ist ziemlich hart, in der Tiefe fühlt man knorpelähnliche Massen, es besteht keine Fluktuation und keine Erektilität, eine Verbindung mit den Schädelknochen ist nicht nachweisbar. Mikroskopisch beobachtet man unterhalb der Haut Inseln von hyalinem Knorpel und kleine Cysten mit einem geschichteten cilientragenden Epithel bekleidet. Die Dicke der Epithelialschicht beträgt 40 μ, die Höhe der Cilien 8 μ.

Verf. führt die Genese dieser Tumoren auf abgesprengte Embryonalzellen zurück, welche sich selbständig weiter entwickeln. Die Theorie von Roux, Hertwig, Schulze und Wilms gilt auch für diese Art Tumoren. Die Theorie von Arnold, welche diese Art Teratome auf Entwicklungsstörungen der Medullarrinne zurückführt und sie als eine Art Spinabifida betrachtet, hält Verf. für nicht richtig. *Monnier* (Zürich).

Hirnhäute, Gehirn:

Goldscheider, Bewußtseinsstörungen (Ohnmacht, Kollaps, Gehirnerschütterung). Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. **10**, S. 161—167 u. 202—205. 1913.

Eguchi, Tatsuo, Zur Kenntnis der traumatischen Epilepsie nach Kopfverletzungen im japanisch-russischen Kriege. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121**, S. 199 bis 230. 1913.

Von allen Schädelverletzungen (Gewehr- und Schrapnellschüsse), welche während des russisch-japanischen Krieges in den Reservelazaretten zur Aufnahme kamen, bekamen 3% eine traumatische Epilepsie, meist im Stadium der Narbenbildung, 3 bis 442 Tage nach der Verletzung, häufiger nach Sagittal- als nach Querschüssen. In 80% der Fälle hatte die Verletzung ihren Sitz in der Scheitelgegend gehabt. Als lokale anatomische Ursachen fanden sich: epicerebrale Abscesse, Fremdkörper (stecken gebliebene Projektile, Kleidungsfetzen, Knochensplitter), Verwachsungen zwischen Hirn, Dura und Knochen, Verdickung des letzteren, Narben, Cysten- und Absceßbildung des Gehirnes, einmal ein traumatisches Aneurysma. Die Epilepsie ersteht meist auf dem Boden einer schon vorhandenen „nervösen Disposition". Während in 22 rein intern behandelten Fällen die Anfälle durch rein medikamentöse Behandlung nie unterdrückt werden konnten, waren unter 11 Operationsfällen 10 dauernd, d. h. über eine Frist von 2 Jahren geheilt, einer starb nachträglich an der Berstung eines traumatischen Aneurysmas. Wird erst spät operiert, so treten auch nach der Operation noch einige Nachläuferanfälle auf. Bloß umschriebene Anfälle verschwinden durch die Operation rascher als die allgemeinen. Bei der Operation sind Fremdkörper, Knochen-

splitter und -verdickungen sorgfältig zu entfernen, das Gehirn von der Narbenmasse abzulösen, die Dura in weiterem Umfange zu resezieren als dem Knochendefekt oder dem Adhäsionsfeld entspricht, Cysten und Abscesse des Gehirns zu incidieren, Gehirnnarben auszuschneiden; nur bei fehlendem anatomischen Befund soll das krampfende Zentrum am Gehirne selbst entfernt werden.

Henschen (Zürich).

Haynes, Irving S., The treatment of meningitis by drainage of the cisterna magna. (Die Behandlung der Meningitis durch die Drainage der Cisterna magna.) Arch. of pediatr. **30,** S. 84—96. 1913.

Man soll bei septischer Meningitis — und auch bei Diplokokkenmeningitis, wenn es nicht sicher diagnostiziert werden kann — früh operieren; die Operation soll das Verfahren der Wahl und nicht die letzte Zuflucht sein. Die Operation soll eine freie und dauerhafte Drainage sichern; dies ist nur dann möglich, wenn man die Stelle der Cisterna magna zur Drainage benutzt, da an allen übrigen Stellen das Hervordrängen des Gehirns die Duralöffnung und somit den Weg der Drainage versperrt. Der Umstand, daß sich die Cerebrospinalflüssigkeit an dieser Stelle in größter Menge ansammelt und daß die Cisterna magna mit dem gesamten Subarachnoidealraum und auch mit den Ventrikeln in breiter Kommunikation steht, sprechen auch für die Wahl dieser Stelle zur Drainage. Die Operation führt H. folgendermaßen aus:

Gesicht des Pat. sieht nach unten. Incision von der Protuberantia occipitalis externa bis zur Spitze des Proc. spinosus des Epistropheus bis auf den Knochen. Das Periost wird abgehebelt bis eine zwei Zoll lange und ein Zoll breite Knochenfläche zutage liegt. Nun bohrt er den Knochen mit einer de Vilbinschen Trephine (Durchmesser $^3/_8$ Zoll) in der Mittellinie 1 Zoll über dem Foramen magnum bis zur Dura und schneidet aus diesem Loche ausgehend ein dreieckiges Knochenstück bis zum großen Hinterhauptloche aus; der Rand desselben wird auch fortgenommen. Dann wird der Sinus occipitalis doppelt unterbunden und ein kleiner Schnitt in die Dura und Arachnoidea gemacht. Die Cerebrospinalflüssigkeit soll nur langsam unter Kontrolle des Blutdruckes herausgelassen werden, sollte dieser fallen, muß man den Ausfluß der Flüssigkeit für einige Minuten verhindern. Im Falle eines plastischen Exsudates soll das Kleinhirn aufgehoben werden, dies hat er aber am Lebenden noch nicht erprobt. In die Arachnoidealöffnung legt er ein Glasröhrchen, welches $^1/_4$ Zoll in die Cisterna magna hineinragt. Dies sichert eine dauerhafte Drainage, wie er es in 8 operierten Fällen gesehen. Über Heilerfolge wird nicht berichtet. *Pólya* (Budapest).

Rosenblath, Ein Fall von Cysticerkenmeningitis mit vorwiegender Beteiligung des Rückenmarks. (*Landkrankenh., Cassel.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **46,** S. 113—126. 1913.

Epileptiforme Anfälle, Neuritis optica, Reizphänomene im N. trigeminus, Steifigkeit im linken Bein (cerebrale Symptome); spastische Lähmung beider Beine mit Blasenbeschwerden, starke Rückenschmerzen und Sensibilitätsstörungen (medulläre Symptome). Es wurde eine Myelomeningitis cerebrospinalis chronica angenommen. Die Sektion ergab eine ausgedehnte Cysticerkenmeningitis. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Rae, James, Note on a case of chronic internal hydrocephalus. (Beobachtung eines Falles von chronischem internen Hydrocephalus.) Lancet **184,** S. 453—454. 1913.

Beschreibung eines Falles, in welchem bei einem nahezu 5jährigem Knaben seit 10 Monaten die Zeichen eines Hydrocephalus sich entwickelten. Der Knabe starb an Pneumonie. Bei der Sektion ergab es sich, daß die Ursache des Hydrocephalus die Versperrung des venösen Kreislaufes durch einen Thrombus war, welcher das Torcular Herophili verstopfte. *Holzwarth* (Budapest).

Kisch, H. A., Meningocele in the nasopharynx. (Meningocele im Nasopharynx.) Proceed. of the roy. soc. of med. **6,** Laryngol. sect. S. 41. 1913.

Sechsmonatiges Kind mit erschwerter Nasenatmung. Cystischer Tumor im Nasopharynx, den weichen Gaumen nach vorn drückend, anscheinend an die Vorderseite der Wirbelsäule angewachsen, beim Schreien sich anspannend. Keine nervösen Symptome. *Saxinger* (München).K

Oppenheim, H., und F. Krause, Partielle Entfernung des Wurms wegen Geschwulstbildung unter breiter Eröffnung des vierten Ventrikels. Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 333—336. 1913.

30 jährige Patientin, bei der Oppenheim die Diagnose auf Tumor der linken Klein-

hirnhemisphäre gemacht hatte. Beginn des Leidens vor 3 Jahren mit Magenschmerzen, Erbrechen und Kopfschmerzen. Dann Besserung. Vor $1^1/_2$ Jahren neuerlich Kopfschmerzen und Erbrechen, dazu Singultus, Schwindel und Ohrensausen. Bei der Untersuchung konstatierte O.: doppelseitige Stauungspapille, leichter Exophthalmus, Hypalgesie in der linken Gesichtshälfte, Adiadochokinesis im linken Arm und Bein, Druckschmerzhaftigkeit der linken Hinterhauptgegend, Areflexie der linken Cornea bei rechter Seitenlage. Es fehlten auch bei längerer Beobachtung cerebellare Ataxie und Nystagmus. Konstant war nur die Areflexie der linken Cornea und die Adiadochokinese. Quecksilberbehandlung ohne Erfolg. Wegen Zunahme der Sehstörung und der allgemeinen Entkräftung wurde die Operation vorgenommen. Die von Krause ausgeführte Aufklappung der hinteren Schädelgrube geschah in 2 Akten. Nach Spaltung der Dura und Abbindung des Sinus occipitalis konnte ein zwischen Unterwurm und linker Kleinhirnhemisphäre liegender über walnußgroßer Tumor ausgeschält werden. Dabei wurde der 4. Ventrikel eröffnet. Die Geschwulst saß also im Dach des 4. Ventrikels und das Velum medullare posterius war mitentfernt worden. Die offenliegende Rautengrube wurde durch Überlagerung mittels der beiden Kleinhirnhemisphären und durch Plastik aus der Dura geschlossen. Auf diese Weise glaubt Krause den postoperativen Erweichungen, die in diesem Gebiet unzweifelhaft den Tod zur Folge gehabt hätten, vorgebeugt zu haben. — Der Wundverlauf war bis auf eine vorübergehende Liquorfistel ungestört. Nach 1 Monat bildete sich ein haselnußgroßer Prolaps und neuerliche Liquorfistel, die nach einigen Wochen verheilte. Einige Zeit bestanden psychische Störungen. Nach $1^1/_2$ Jahren konnte Patientin vollkommen geheilt in der Berliner medizinischen Gesellschaft vorgestellt werden. Alle objektiven Krankheitserscheinungen sind geschwunden. Die Hirnhernie ist mäßig groß und nicht gespannt; sie ist in der letzten Zeit nicht größer geworden.

Ranzi (Wien).

Andree, Hans, Exstirpation eines kleinfaustgroßen Hirnhauttumors in Lokalanästhesie. (*Vereinskrankenh. z. roten Kreuz, Bremen.*) Münch. med. Wochenschr. 60, S. 528—530. 1913.

Unter Umspritzungsanästhesie mit 1 proz. Novokain-Suprareninlösung mit Anlegung größerer Depots am N. auriculotemporalis und N. occipitalis wurde einem 36jährigen Mann in 2 Sitzungen ein 141 g schweres Psammom der Dura mater aus der linken motorischen Region exstirpiert. Anatomische Heilung mit Rückgang von Hirndrucksymptomen und geringer Besserung einer rechtseitigen Hemiplegie. Die zweimal hergestellte Lokalanästhesie bewährte sich gut. Auch die Dura war beim Durchschneiden unempfindlich. Ein Vorteil des zweizeitigen Vorgehens ergab sich insofern, als sich bei der 2. Operation der in der Trepanationsöffnung vorliegende Tumor mit Blutfarbstoff imbitiert hatte, so daß er sich gegen die umgebende Hirnsubstanz bedeutend schärfer markierte als zur Zeit des 10 Tage vorher vorgenommenen ersten Operationsaktes. *Läwen* (Leipzig).

Gofman, Moses, Beitrag zur Klinik der extraduralen (epiduralen) Abscesse bei Ohreiterungen. (*Univ.-Ohrenklin., Königsberg i. Pr.*) Dissertation, Königsberg, 1913, 51 S., Gruel.

Die Beobachtung von 17 Fällen lehrt, daß die Diagnose der extraduralen Eiterung im Processus mastoideus nur per exclusionem möglich ist. Bei größerer Erfahrung wird es meistens gelingen, das Vorhandensein extraduraler Eiterungen klinisch zu diagnostizieren, wenn die subjektiven und objektiven Symptome einer otogenen tiefen Komplikation in prägnanter Weise gegeben sind, doch sind diese Symptome nicht eindeutig. In praxi ist es aber auch völlig gleichgültig, ob die klinische Annahme einer extraduralen Eiterung vor der operativen Klarstellung differentialdiagnostisch gegen andere otitische Komplikationen genügend gesichert wurde. Die Hauptsache bleibt stets die rechtzeitige klinische Erkennung der otitischen Komplikation an sich und die darauf basierende richtige chirurgische Indikationsstellung. Durch die Operation wird jede extradurale Eiterung aufgedeckt, auch wenn sie vorher nicht diagnostiziert wurde.

Colley (Insterburg).

Michaelsen, U., Zur Klinik der otitischen Hirnabscesse. (*Univ.-Poliklin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskrankh., Göttingen.*) Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege 67, S. 262—318. 1913.

Die 16 seit 1905 operierten, in ausführlichen Krankengeschichten mitgeteilten otitischen Hirnabscesse bilden die Grundlage der Arbeit. Es sind 8 Kleinhirn- und 8 Schläfenlappenabscesse. Fünfmal ist gleichzeitig ein Extraduralabsceß vorhanden. 6 Kleinhirn- und 2 Schläfenlappenabscesse sind vom Labyrinth aus fortgeleitet. Je zweimal liegt akute Mittelohreiterung vor, sonst chronische; neunmal handelt es sich um Cholesteatom. Stets findet sich nur ein Absceß. Der Absceß sitzt in der Marksubstanz. Die Rinde bleibt zunächst, und bei kleinen Abscessen überhaupt, frei. Die Erkrankung geht von den Hirnhäuten aus. Durch thrombosierte Venen kommt es in der Marksubstanz zu Zirkulationsstörung und roter Erweichung und durch Infektion zum Absceß. Von anderer Seite werden die perivaskulären Lymphräume als Infektionsweg bezeichnet. Der Absceß ist oft von einer encephalitischen Randzone umgeben.

eine wirkliche bindegewebige Kapsel hat er nicht. Der Bakterienbefund ist verschieden, da stets Mischinfektion vom Ohr aus vorliegt; Streptokokken scheinen aber hauptsächlich beteiligt zu sein. Die Symptome sind vielfach unbestimmt und oft auf die komplizierende Meningitis zu beziehen. Der Hirnabsceß kann lange Zeit latent bestehen. Im manifesten Stadium können schwere Allgemeinerscheinungen zur Operation drängen, die erst die genauere Diagnose ermöglicht. Von den Hirn- und Hirndruckerscheinungen ist Kopfschmerz hinsichtlich Intensität, Dauer und Lokalisation wechselnd. Klopfempfindlichkeit findet sich nicht sicher über dem Krankheitsheerd. Schwindel, Übelkeit und Erbrechen sind nicht eindeutig; vielleicht spricht besonders heftiges Erbrechen, so daß die erbrochenen Teile hoch aufspritzen, für cerebrale Entstehung. Bei einem Fall von sicher reinem Kleinhirnschwindel trat der Schwindel attackenweise auf, und Pat. fiel bei Augenschluß nach der kranken Seite. Das Sensorium ist meist getrübt. Zwei Schläfenlappenabscesse zeigten manische Anfälle. Stauungspapille fand sich nur 4 mal, und zwar beiderseitig, meist auf der kontralateralen Seite stärker. Unregelmäßig verlangsamter Puls weist nur auf den endokraniellen Prozeß, nicht auf einen Absceß hin. Gleichzeitige Meningitis ist viel häufiger als gewöhnlich angenommen wird. Sie ist meist, mittelbar oder unmittelbar, die Todesursache, abgesehen von den Fällen reiner Atemlähmung. Meningitis kann, wenn die verursachende Erkrankung zurückgeht, spontan ausheilen. Lokale Hirnsymptome sind in mannigfacher Form beobachtet, teils direkte Heerdsymptome, teils durch Fernwirkung bedingte Reiz- und Ausfallserscheinungen. Zu diesen gehören auch Schädigungen der Hirnnerven an der Basis, unter denen der Oculomotorius am häufigsten befallen wird. Die Diagnose eines Hirnabscesses ist beim Fehlen unzweideutiger Symptome schwierig. Der Nachweis einer bei Mittelohreiterung sich entwickelnden endokraniellen Erkrankung gibt schon die Indikation zur Totalaufmeißelung der Mittelohrräume. Oft findet sich hierbei der Weg der Infektion zum Gehirn. Sonst muß die hintere und mittlere Schädelgrube freigelegt werden. Von der Hirnpunktion mit weiter Kanüle (nicht Messer) ohne Spaltung der Dura soll zu diagnostischen Zwecken möglichst ausgiebig Gebrauch gemacht werden. Abwischen der Dura mit H_2O_2 und Jodtinktur genügt zur Desinfektion. Da die meisten Hirnabscesse mit Meningitis kompliziert sind, darf man andererseits bei nachgewiesener Meningitis nie die Möglichkeit eines Hirnabscesses vergessen, selbst wenn bestimmte Zeichen dafür fehlen. Der unkomplizierte Hirnabsceß verläuft gewöhnlich afebril, Fieber spricht für Meningitis. Vorbedingung einer zweckmäßigen Therapie ist die ausgiebige Totalaufmeißelung des Mittelohres und weite Freilegung der mittleren oder hinteren Schädelgrube. Der durch den sichtbaren Infektionsweg oder durch Probepunktion gefundene Absceß wird durch Eingehen mit dem Messer und Schlitzen von Dura und Hirnsubstanz eröffnet, doch nicht über 4 cm weit. Er liegt fast immer in der Nähe des erkrankten Mittelohres. Durch Péan oder Killiansches Nasenspeculum wird die Incisionsöffnung auseinandergehalten zur Entleerung des Eiters. Schwierig ist die Drainage wegen Neigung der weichen Hirnsubstanz zum Verkleben. Hauptaufgabe ist, Retention zu verhüten. Zweckmäßig sind weite Glasdrains, neben denen noch Gaze in die Höhle geschoben wird. Gegenöffnung ist nicht notwendig. Auskratzen der Absceßhöhle und Spülungen sind zu vermeiden. Wichtig ist täglicher Verbandwechsel. Jodoform wirkt granulationsbefördernd. Der Hirnabsceß ist prognostisch sehr ernst. Der Ausgang kann von unberechenbaren Zwischenfällen abhängig sein. Die Art der Behandlung ist wesentlich. Nicht operierte Hirnabscesse enden tödlich. Von endgültiger Heilung kann man erst sprechen, wenn nach mehreren Monaten sich keine cerebralen Symptome bemerkbar gemacht haben. Von den Fällen des Verf. kommen 14 für die Bewertung des operativen Vorgehens in Betracht, 8 sind geheilt. *Paetzold* (Berlin).

Auge:

Genet, Cancer métastatique de l'orbite enlevé par orbitotomie externe curviligne. (Metastatische Krebsgeschwulst der Augenhöhle durch den äußeren orbitalen Bogenschnitt entfernt.) Rev. gén. d'ophthalmol. **32,** S. 49—54. 1913.

Genet spricht das Wort in seiner Abhandlung für die „Orbitotomie externe curviligne Rollet" zur Entfernung orbitaler Geschwülste. Die Operation ist die schonendste für Nerven, Muskeln und allen Gebilden, welche in der Orbita liegen. Der Bogenschnitt kann nach innen oben bis zur Trochlea, unten bis zum Tränenkanal die Augenhöhle umkreisen, und es ist möglich, den größten Teil der orbitalen Geschwülste durch diese Operation zu entfernen. Ausnahme bilden die infiltrierenden Geschwülste und die Osteosarkome. Beschreibung eines Falles in welchem bei einer 55jährigen Frau eine Krebsmetastase nach operiertem Mammacarcinom mit der genannten Operationsmethode entfernt wurde. *Holzwarth* (Budapest).

Nase:

Oppenheimer, Seymour, The surgical anatomy, diagnosis and treatment of the inflammatory affections of the nasal accessory sinuses in children. (Chirurgische Anatomie, Diagnose und Behandlung der Entzündungen der

Nasennebenhöhlen bei Kindern.) (New York acad. of med., meet. of Nov. 14. 1912.) Americ. journal of obstetr. **67**, S. 397—401. 1913.

Entzündungen der Nasennebenhöhlen sind bei Kindern, sogar bei Säuglingen nicht so selten und zwar treten sie meistens infolge von akuten Nasenkatarrhen auf, die ja bei Infektionskrankheiten im kindlichen Alter oft vorkommen. Die Diagnose ist ziemlich schwierig, aber aus dem Röntgenbild der Lokalisation der Schmerzen und dem Orte der Eiterung fast immer zu stellen. Bei manchen Fällen ist auch Ödem der Augenlider ein sicheres diagnostisches Zeichen. Die Pansinuitis beginnt meist mit einer Erkrankung der Siebbeinzellen. In der Mehrzahl der Fälle genügt die konservative Therapie, Operationen, meist genügt die Wegnahme des vorderen Endes der mittlreen Muschel, sind schweren Fällen vorbehalten. Nur ganz selten muß bei hartnäckigen Eiterungen von außen operiert werden. *Kahler* (Freiburg i. Br.).

Walb, Über den Schleimhautlupus der Nase. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 447—451. 1913.

Das Referat des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, erstattet in der Sitzung vom 12. Mai 1910 über Lupusbehandlung, läßt den Schleimhautlupus fast völlig unberücksichtigt. Demgegenüber betont Schwalb nachdrücklich, daß beinahe stets Schleimhautlupus dem Hautlupus vorangeht, daß also frühzeitige rhinologische Behandlung des Schleimhautlupus Prophylaxe gegen Hautlupus sei. Als Infektionswege für den Nasenschleimhautlupus kommen digitale Übertragung, Einatmung und Blutbahn in Betracht. Behandlung der Frühfälle: intranasales Ausstanzen des ganzen Herdes mit dem Konchotom. Befinden sich am Naseneingang bereits narbige Verengerungen, empfiehlt W. Spaltung der Nase von außen und radikale Entfernung des erkrankten Gewebes. Dann erst Behandlung des Hautlupus. *Posner* (Heidelberg).

Holländer, Eugen, Nochmals „der dritte Weg zur totalen Rhinoplastik". Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 446. 1913.

Holländer tritt für seine Rhinoplastik — direkte Überpflanzung aus der Brusthaut — ein, die gegenüber der Rosensteinschen Wanderlappenmethode — Einpflanzung desBrusthautlappens in die Kinnhaut und dann erst in den Defekt — wesentliche Vorteile hat. Während bei ersterer der Lappen seine Plastizität behält, verfällt er bei letzterer dem Senium, rollt sich auf und verliert seine Formbarkeit. *Hohmeier* (Marburg a. L.).

Lagarde, Prothese paraffinique et difformités nasales. (Paraffinprothese und die Deformitäten der Nase.) Arch. gén. de méd. **92,** S. 101—123. 1913.

Die Methode der Paraffininjektion nach Eckstein verwirft Lagarde vor allem, weil man leicht Hautverbrennungen infolge der hohen Temperatur des Paraffins (65°) bewirken kann. Er schildert dann eingehend die von ihm angegebene Methode, bei der 50° kaltes Paraffin unter Druck erweicht und mittels besonderem Instrumentariums eingespritzt wird. Um seine Resultate durch Röntgenstrahlen später kontrollieren zu können, benutzt er mit Wismut vermischtes Paraffin zur Injektion. *Valentin* (Berlin).

Samojleuko, M., Zur Paraffinbehandlung der Ozaena. Zeitschr. f. Ohren-, Hals- u. Nasenkrankh. S. 127. 1913. (Russisch.)

Ohr:

Sak, W., Ein Fall von Entwicklungsfehler des Ohres mit Lähmung der Gesichtsnerven und Asymmetrie des Schädels. Zeitschr. f. Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten S. 117. 1913. (Russisch.)

Rechtseitige Mikrotie und Gehörgangsatresie; Knochen- und Muskelatrophie des Gesichts rechts, ebenso Parese, auch des weichen Gaumens, rechts. N. N. vestibularis und cochlearis vorhanden. Rechtes Hinterhaupt stark entwickelt. Kopf nach rechts geneigt, jedoch nicht spastisch. Kompensatorische Skoliose. *v. Reyher* (Dorpat.)

Mund:

Ryfkogel, H. A. L., Operation for epithelioma of the lower lip. (Operation wegen Krebs der Unterlippe.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 507 bis 508. 1913.

Beschreibung einer Operationsmethode für Lippencarcinome, wobei ein besonderer Schnitt für die Exstirpation der Drüsen unnötig ist. Sie ist eine Kombination der bekannten Methoden der Lappenbildung; die Hauptsache daran ist die genügende Mobilisierung des aus der Seite der Wange und der Haut am Unterkieferrand gebildeten viereckigen Lappens. Einige Photographien erläutern die Schnittführung und die Resultate. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Hassel, Robert, Die Mundbodendermoide. Entwicklungsgeschichtliches, Diagnostisches und Therapeutisches. (*Chirurg. Klin., Greifswald.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **83,** S. 332—351. 1913.

Ein 28 jähriger Arbeiter kommt mit einer langsam wachsenden Geschwulst, die in der Mitte unter dem Kinn gelegen ist und bis unter die Zunge reicht, in die Klinik. Seit mehreren Jahren bemerkt er eine Behinderung seiner Sprache. Es handelt sich um einen schwaneneigroßen prallelastischen fluktuierenden Tumor. Da differentialdiagnostisch außer an ein Dermoid vor allem an eine Ranula gedacht wurde, wird der Tumor vom Mund aus stumpf in Lokalanästhesie exstirpiert. Dabei platzt die Geschwulst und entleert einen weißen Brei (Dermoidcysteninhalt). Die mikroskopische Untersuchung der Cystenwand bestätigt die Diagnose eines Mundbodendermoids.

Die einzige Stelle dieser Gegend, wo auch normalerweise Ektoderm zurückbleibt, das sich in Mesoderm auflösen und verschwinden sollte, ist die Vesicula cervicalis zu beiden Seiten des Halses. Dieser allein schreibt Verf. in den meisten Fällen bei ihrer abnormen Persistenz die Bildung von Dermoiden zu. Sie liegt zwar nicht in der Mittellinie, dieser aber sehr nahe an. Beim Weiterwachsen des Embryo nähert sich die Vesicula cervicalis immer mehr der Mediane. So rücken abgesprengte Ektodermreste ebenfalls näher zur Mitte. Meist halten die Geschwülste mit der Entwicklung des Körpers schritt. Differentialdiagnostisch kommt vor allem die Ranulain Frage. *Naegeli* (Zürich).

Crowther, Carlo, Sopra un caso di struma aberrante della loggia sottomascellare. (Struma aberranse in der Fossa submaxillaris.) (*I. clin. chirurg. operat., univ., Torino.*) Rif. med. **29,** S. 232—236. 1913.

Der Tumor hatte sich bei einer 45 jährigen Frau innerhalb 13 Jahren entwickelt. 25 g schwer, umgeben von gefäßreicher Kapsel, angrenzend oben an Speicheldrüse, hinten bedeckt vom N. hypoglossus. Leichte Enucleation. Es fand sich keine Verbindung mit der Schilddrüse. Die histologische Untersuchung zeigte embryonales Thyreoideagewebe, Kolloidfollikel von normalem Charakter, kleine Cysten mit Epitheldegeneration, verkalktes Bindegewebe. Es handelte sich also um ein Wölflersches fötales Adenom mit sekundärer Degeneration. Verf. bringt 9 Literaturangaben über ähnliche, meist rechts gelegene Strumen. Die Entstehung wird erklärt nach Elze und Thompson mit einer fünften Kiementasche, welche mit dem Canalis thyreo-pharyngeus zusammenhängt. Der Kanal verödet, die seitlichen Bläschen vereinigen sich normalerweise mit der mittleren Schilddrüsenanlage, können aber auch lateral abgeschnürt werden und sich dann zu heterotopen Strumen entwickeln. *Hotz* (Würzburg).

Feiler, Erich, Die sogenannte zirkuläre Caries. Ein Beitrag zur Pathogenese der Zahncaries. Dtsch. Zahnheilk. in Vortr. H. **29,** S. 1—53. 1913.

H. Neumann und O. Meyer beobachteten bei ihren klinischen Patienten, welche an Tuberkulose erkrankt waren, in 56% der Fälle eine zirkuläre Zahncaries. Dieselbe saß meist am Zahnhalse und begann mit bräunlicher oder grünlicher Verfärbung des Zahnschmelzes. Letzterer wurde bald bröcklig und kreidig, das darunter liegende Dentin fiel ringförmig schnell der Caries zum Opfer und die im übrigen intakte Zahnkrone brach bei weiterem Fortschreiten infolge der Abschnürung am Zahnhalse ab. Man glaubte diese sog. Zahnhalscaries als diagnostisches Hilfsmittel in zweifelhaften Fällen für das Vorhandensein einer latenten Tuberkulose verwerten zu können und erklärte das Entstehen der Caries durch die sehr starke Säureproduktion im Mundschleim und Speichel der Phthisiker, welche den Zahnschmelz zerstört, weil sie infolge meist bestehender Entzündung des Zahnfleischrandes bei ungenügender Reinigung besonders lange Zeit am Zahnhalse festgehalten wird. Eine Nachprüfung von Moro mit Hilfe der cutanen Tuberkulinreaktion hat den Zusammenhang der Tuberkulose mit dieser zirkulären Zahncaries nicht bewiesen. Verf. hat durch klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen an Schnittpräparaten gefunden, daß die zirkuläre Caries des Milchgebisses nicht ein Symptom der Tuberkulose ist, sondern daß sie mit der fast immer bestehenden Rachitis zusammenhängt. Letztere führt auch zu Störungen des Stoffwechsels der Zähne und diese äußern sich in der Bildung von unverkalkten Zonen im Zahnschmelz und Dentin. *Herda* (Berlin).

Aagaard, Otto C., Über die Lymphgefäße der Zunge, des quergestreiften Muskelgewebes und der Speicheldrüsen des Menschen. (*Normal-anat. Inst., Kopenhagen.*) Anat. Hefte **47,** S. 497—648. 1913.

Stuart-Low, W., Pharyngeal phlebitis. (Über Entzündung der Rachenvenen.) Clin. journal **41,** S. 357—360. 1913.

Das Krankheitsbild ist eine häufige Erscheinung bei Leuten, die an Sekretionsanomalien der Rachenschleimhaut leiden. Als Ursache kommen Erkrankungen der

Zähne und der Tonsillen in Frage. Beschwerden sind häufig sehr groß. Es ist zunächst das ursächliche Leiden, Zähne und Tonsillen zu behandeln. Später die Veränderungen der Schleimhaut des Rachens und der Venen. *Ellermann* (Danzig).

Okouneff, V.-N., Un cas de fibro-sarcomes multiples de l'arrière-bouche. (Ein Fall von multiplen Fibrosarkomen des Rachens.) Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **35,** S. 49—57. 1913.

Die multiplen Fibrosarkome des Rachens sind selten, Vogelsang konnte nur 8 Fälle in der Literatur finden, dazu kommt der Fall von Verf. „72jähriger Mann mit Rachenkatarrh und häufigen Hämorrhagien im Rachen. An der lateralen Pharynxwand besteht ein kirschgroßer Tumor, dessen unterer Pol eben noch den weichen Gaumen nach unten überragt. Die Oberfläche zeigt kleine Arrosionen und eine sehr reiche Vascularisation. Entfernung mit der Glühschlinge und Kauterisation der Basis. Mikroskopisch fand man ein Fibrosarkom. Innerhalb eines Jahres wuchsen 2 ähnliche Gebilde an anderen Stellen, sie wurden in gleicher Weise exstirpiert, ein lokales Rezidiv fand nicht statt." Die Fibrosarkome des Rachens haben nach Verf. einen benignen Charakter und wenig Tendenz zu rezidivieren, sie bilden scharf begrenzte Tumoren, zeigen eine reiche venöse Vascularisation und können deswegen Anlaß zu schweren Hämorrhagien geben. Eigentümlich war in dem Falle die dunkle Farbe der Oberfläche, die an ein Angiom oder an einen pigmentierten Tumor denken ließ. *Monnier* (Zürich).

Pässler, H., Radikale Tonsillektomie oder konservative Behandlung der chronischen Tonsillitis. Therap. Monatsh. **27,** S. 15—25. 1913.

Die Tonsillektomie wird von vielen Seiten noch immer als überaus schwierig und gefährlich bezeichnet, allgemein ist die Ansicht verbreitet, daß für die Behandlung der chronischen Tonsillitis die Tonsillotomie und die anderen konservativen Behandlungsmethoden genügen. Verf. tritt für die Enucleation der Gaumentonsillen bei der chronischen Tonsillitis ein. Diese Erkrankung ist keineswegs immer harmlos, nur sehr selten bleibt sie lokalisiert, es kommt in der größeren Anzahl von Fällen zu sekundären Erscheinungen leichterer oder schwererer Art. Hier sind zu nennen: Polyarthritis rheumatica, Ischias, Erythema nodosum, Peliosis rheumatica, Chorea minor, kryptogenetische Sepsis, Schädigungen des Herzens und des Zirkulationsapparates, Krankheitsbilder, dis bisher meist unter dem Begriff Herzneurose zusammengefaßt wurden, Störungen von seiten des Harnapparates, echte Nephritiden und anfallsweise auftretende Dysurien, Nephrolithiasis, von seiten des Verdauungsapparates rezidivierende Appendicitis, nervöse Dyspepsien, chronische Obstipation, Ulcus pepticum. Bei mehreren Hunderten von Operationen sah Verf. nie einen Todesfall oder eine ernstere Komplikation. Nie wurde durch die radikale Entfernung der Mandeln das Auftreten infektiöser Zustände begünstigt. Kontraindikationen für die Tonsillektomie gibt es nicht, nur Greise (über 65 Jahre) und jüngere Kinder sind von der Operation auszuschließen. Auch die theoretischen Bedenken, die gegen die Tonsillektomie ins Feld geführt wurden, weiß Verf. zu entkräften, es sei äußerst unwahrscheinlich, daß uns eine wichtige für den Gesamtorganismus belangreiche Funktion dieser Organe bisher entgangen sein sollte, deren Wegfall eine Schädigung der normalen Lebensfunktionen des Gesamtorganismus herbeiführen könnte. *Kahler* (Freiburg i. Br.).

Halle, Die Tonsillenexstirpation, ihre Gefahren und deren Bekämpfung. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 368—371. 1913.

Nach kurzer Besprechung der bekannten Indikationen geht Verf. auf die Roedersche Saugbehandlung der chronischen Tonsillitis ein, die er für aussichtslos hält. Bei Kindern wird man nur zur Tonsillektomie schreiten, wenn bei kleinen versenkten Tonsillen trotz lokaler Behandlung häufig Anginen rezidivierten oder die Tonsillotomie bei hypertrophischen Tonsillen keinen Erfolg hatte. Ferner, wenn Komplikationen, wie Polyarthritis, Endokarditis usw., vorliegen oder zu befürchten sind.

Verf. bevorzugt bei der Ausschälung die von West angegebene Technik: Anästhesierung am oberen und unteren Pol und in der Mitte am vorderen Gaumenbogen mit $^1/_2$% Novocain und 5—8 Tropfen Suprareninlösung, Ablösung des hinteren Gaumensegels, des unteren Tonsillenpols, Abtrennung des vorderen Gaumenbogens und Ablösung des oberen Pols. — Von den Gaumenbögen darf nichts geopfert werden. Nachblutungen aus Gefäßen müssen durch Torsion oder Umstechung gestillt werden. Parenchymatöse Blutungen geringer Stärke lassen sich durch Tamponade mit Dermatolgaze beherrschen, bei stärkeren wird ev. Vernähung der Gaumenbögen mit dem Instrument von Avellis oder Wagener nötig. Infektionen in der Umgebung der Wunde verhindert man durch Austupfen der Wundhöhle mit Perhydrol und Aufstäuben von Jodoform. *Oertel* (Düsseldorf).*

Richter, Über die neuesten Erfahrungen der Mandelexstirpation. Čas. lék. česk. S. 243—245. 1913. (Tschechisch.)

Nach einleitenden Bemerkungen über die Indikationen zur Abtragung der Tonsillen werden

die älteren Methoden der Tonsillotomie, sowie der vollständigen Enucleation der Mandeln nach Robertson besprochen. Der Aufenthalt auf der poliklinischen Abteilung des Prof. Koschier in Wien gab Richter Gelegenheit die Methode der Tonsillektomie nach Greenfield Sluter (Washington) genauer erproben zu können. Das Instrument, die Technik und die Vorteile der bei einiger Übung leicht in 6—10 Sekunden durchführbaren Operation werden eingehend besprochen; das Instrument gleicht dem Messer von Mackenzie, ist nur etwas massiver und die Hauptsache dabei ist, daß der Handgriff dem Messer senkrecht aufsitzt, und das Messer mehr stumpf sein muß, da es die Aufgabe hat, die Mandel mit ihrer Kapsel auszuschälen. Bei gut fixiertem Kopfe des Patienten und tiefem Herabdrücken des Zungengrundes wird das Instrument schräg eingeführt und versucht die Mandel am untersten Pole in das Fenster zu fangen und hinter dieselbe zu gelangen. Ist dies erreicht, wird das Instrument fest gegen die Unterkiefermuskulatur angedrückt und getrachtet, durch Rollbewegungen der Mandel, auch unter Mithilfe von Massage mit dem Zeigefinger der anderen Hand, die ganze Mandel in das Fenster einzubringen. Danach wird vorerst mit einem schwachen Drucke die Mandel mit dem Messer im Fenster fixiert und hierauf durch starken Druck, besonders wenn stärkere Verwachsungen vorliegen, mit Hilfe der anderen Hand der Handgriff fest zusammengezogen, wobei die Mandel in die Mundhöhle herausfällt. Die Enucleation nach dieser Methode kann bei Kindern bis zu 14 Jahren ambulant durchgeführt werden, da nur sehr selten stärkere Blutungen aufzutreten pflegen, bei Erwachsenen ist die Aufnahme ins Krankenhaus empfehlenswert. Bei länger dauernden Blutungen ist die Anwendung von Penghawar Djambi, Jodtinktur, der Termokauter am Platze; bei heftigen Blutungen leistet das temporär angelegte Stoerk-Mikuliczische Kompressorium gute Dienste; in schweren Fällen ist die Umstechung oder die Vereinigung beider Gaumenbögen angezeigt. Im ganzen wurden in Wien innerhalb von 1½ Jahren mehr als 1500 Tonsillektomien nach dieser Methode ausgeführt, von welchen Richter allein 300 durchzuführen Gelegenheit hatte. *Pietrzikowski* (Prag).

Whale, Harold, The remote results of tonsillotomy and tonsillectomy: an analytical scrutiny of 220 unselected cases. (Die Endresultate von Tonsillotomie und Tonsillektomie: Kritische Betrachtung 220 unausgewählter Fälle.) Lancet **184**, S. 444—446. 1913.

Es werden die Resultate vonn 110 Tonsillotomien und 110 Tonsillektomien verglichen. Bei Rheumatismus und Chorea wurde mit Tonsillotomie in 63% der Fälle Heilung erzielt, mit den Tonsillektomie in 68%. Für die Behandlung der chronische Tonsillitis ist die radikale Operation die Methode der Wahl. Bei Laryngitiden und funktionellen Stimmstörungen ist die Tonsillotomie vorzuziehen, bei Lymphadenitis wird die Enucleation empfohlen. Postoperative Blutungen wurden bei der Tonsillotomie nur einmal beobachtet, bei der Tonsillektomie hingegen 10 mal. Eine größere Statistik zeigt jedoch, daß stärkere postoperative Blutungen bei der Radikaloperation nur ca. 2 mal häufiger vorkommen als bei der Tonsillotomie. Ein Nachteil der Tonsillektomie scheint auch zu sein, daß es nicht so selten zu postoperativen Verwachsungen des hinteren Gaumenbogens mit der hinteren Rachenwand kommt. *Kahler* (Freiburg i. Br.).

Rolleston, J. D., A case of fatal haemorrhage from the throat. (Ein Fall von tödlicher Blutung aus dem Pharynx.) Brit. journal of children's dis. **10**, S. 66—69. 1913.

Bei 6jährigem Mädchen kam es bei einer ulcerösen Angina, die 5 Wochen nach überstandenen Masern aufgetreten war, infolge eines starken Hustenstoßes zu einer Blutung aus dem Pharynx, die in 5 Minuten zum Tode führte. Exitus war, wie Autopsie ergab, durch Erstickung eingetreten. Das blutende Gefäß war nicht zu ermitteln. Nach dem bakteriellen Befund handelte es sich nicht um Angina Vincenti, sondern wahrscheinlich um Pseudodiphtherie. Anamnestisch keine Hämophilie. *Kahler* (Freiburg i. B.).

Wirbelsäule:

Stauffer, Pierre, Un cas de défect partiel congénital de la colonne vertébrale et de la moelle épinière avec fente thoraco-abdomino-pelvienne. (Über einen Fall von angeborenem partiellem Defekt der Wirbelsäule und des Rückenmarkes mit Thorax-Bauch-Beckenspalte.) (*Inst. pathol., Lausanne.*) Rev. méd. de la Suisse Romande **33**, S. 97—122. 1913.

Verf. beschreibt einen Fall von angeborenem pertiellem Defekt der Wirbelsäule und des Rückenmarkes, Brust-Bauch-Beckenspalte mit Prolaps sämtlicher Eingeweise, Hypoplasie der Nieren, Lungen- und der äußeren Geschlechtsorgane, enorme Erweiterung des Rectum, das eine Kommunikation mit der Harnblase aufweist, und einiger anderer weniger wichtiger Mißbildungen. Die Frucht stammt von einer 25 jährigen gesunden Frau, die zwei normale Entbindungen hinter sich hat. Der Foetus scheint auf den ersten Anblick keinen Rumpf zu be-

sitzen. Man erblickt einen Kopf, der den vier Gliedmaßen aufsitzt, zwischen denen sich ein Konvolut fast unbedeckter Eingeweide ausbreitet. Diese Mißgeburt sieht Verf. als die Folgen eines einmaligen Traumas an. das den hinteren Teil der Frucht vor Ende der dritten Woche getroffen hat, d. h. bevor die Muskelplatten die Vereinigungsmembran gebildet hatten. Tatsächlich hat auch die Mutter in der dritten Woche der Gravidität einen Sturz getan. *Stadler* (Leipzig).

Redard, Paul, Manipulations, redressement passif manuel dans le traitement des déviations de la colonne vertébrale. (Handgriffe, passives manuelles Redressement bei der Behandlung der Wirbelsäulenverbiegungen.) Journal de physiothérap. **11**, S. 65—76. 1913.

Redard empfiehlt eine Reihe von Handgriffen (18) zur Unterstützung der Turnübungen bei mobilen Skoliosen und Kyphosen sowie namentlich als Einleitung der gymnastischen Behandlung bei den versteiften. Diese müssen erst durch das manuelle Redressement nachgiebig gemacht sein, bevor die Turnübungen nützen können. Bei den Handgriffen werden die Gegenkrümmungen berücksichtigt, nnd bei einigen das Knie des Arztes, Lagerung auf Kissen und Rollen sowie Suspension zu Hilfe genommen. Der korrigierende Druck am Brustkorb soll gleichzeitig mit der Ausatmungsbewegung erfolgen. Von Apparaten empfiehlt R. neben den altbekannten von Zander, Hoffa, Schede, Schulthess u. a. zwei selbst konstruierte: der eine, ein Hebel für Kyphosen (in der Modif. von Feiss), wird in Bauchlage des Pat. angewendet und bewirkt durch eine an dem einarmigen Hebel befestigte Pelotte das Redressement der Krümmung; der andere Apparat ermöglicht eine starke seitliche Rumpfbeugung unter leichter Streckung. *Zieglwallner* (München).

Kaneko, K., Congenital lateral curvature of the spine. (Kongenitale Skoliose der Wirbelsäule.) Americ. journal of orthop. surg. **10**, S. 396—407. 1913.

Kaneko beschreibt 3 Fälle dieser Mißbildung, von denen 2 beim Lebenden, 1 an einem Skelett nachgewiesen werden konnten. Die Verbiegung der Wirbelsäule wurde in allen 3 Fällen durch einen keilförmigen Knochen hervorgerufen, der im 1. Falle zwischen dem 1. und 2. Lendenwirbel, im 2. und 3. Falle zwischen dem 2. und 3. Lendenwirbel lag. Als Ursachen für die Verbiegung zählt K. 1. die Deformierung der Wirbelkörper selbst, wobei der mißstaltete Wirbelkörper zwischen 2 normalen zu liegen kommt; der obere Teil der Lendenwirbelsäule ist öfter der Sitz dieser Mißbildung wie der untere Teil der Halswirbelsäule, 2. eine Vermehrung oder Verminderung in der Zahl der Wirbelkörper, wobei das erstere häufiger der Fall ist, 3. kommt die Mißbildung bei Spina bifida vor, 4. wird sie hervorgerufen durch knöcherne Verbindung des seitlichen Fortsatzes des 5. Lendenwirbels mit dem oberen Rande des Hüftbeins, ein Fall, wie er von Peronne beschrieben ist, oder sie entsteht durch die Verbindung zwischen dem obersten Brustwirbel und dem kongenital höherstehenden Schulterblatt (Joachimsthal), 5. sind amniotische Fäden und deren Druck im späteren intrauterinen Leben oder ein Mangel von Amnionflüssigkeit die Ursache für die Deformität. In letzterem Falle ist sie häufig kombiniert mit anderen Mißbildungen wie dem Klumpfuß. Die angeborene Skoliose kann mit kongenitaler Hüftgelenksluxation mit Paresen oder völligen Lähmungen der Rückenmuskeln, mit Cervicalrippen und mit fötaler Rachitis vergesellschaftet sein. — Die Diagnose der Mißbildung ist in den ersten Lebensmonaten häufig schwierig, erst wenn die Kinder stehen und gehen lernen, ist sie leichter zu stellen, aber auch jetzt wird man das Röntgenbild kaum entbehren können. Die Behandlung muß sehr früh einsetzen, sie wird, wenn die Kinder noch nicht gehen im Gipsbett, wenn sie gehen und stehen können im Gipskorsett bestehen. Bei Fällen, wo die Verbiegung durch Adhäsion der Wirbel mit anderen Knochen (Peronne und Joachimsthal) hervorgerufen wird, läßt sich ein operativer Eingriff mit nachfolgender Massage und gymnastischen Übungen nicht umgehen. Die Prognose der Mißbildung ist bei möglichst früher Behandlung weit besser wie ohne dieselbe, auch wenn die kompensatorische Skoliose der anderen Wirbelsäule dies anscheinend unnötig macht. Zusammenstellung der einschlägigen Fälle aus der Literatur. *Creite* (Göttingen).

Jones, S. Fosdick, Vertebral osteoarthropathy. (Charcot's disease of the spine.) (Osteoarthropathie der Wirbelsäule [Charcotsche Erkrankung].) Americ. journal of orthop. surg. **10**, S. 363—380. 1913.

Reichhaltige Literaturübersicht. 2 Fälle mit Photographien und Röntgenbildern. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Haškovec, Lad., Pseudogibbus (Pseudokyphosis) traumaticus. Wien. med. Wochenschr. **63**, S. 497—503 u. 574—577. 1913.

Ausführliche Beschreibung eines Falles von traumatischer Neurasthenie mit Kyphose und Rigidität der Wirbelsäule mit entsprechender Einschränkung der hinzugehörigen Muskelfunktion ohne nachweisbare anatomische Veränderungen der Wirbelsäule oder des Rückenmarkes, die sich nach Art der hysterischen Contracturen bei einem schon disponierten Individuum entwickelte. Haškovec unterscheidet diese abnorme Körperhaltung seines Pat. als Pseudogibbus von der Kümmelschen posttraumatischen Kyphose, von den bei der Spondylose rhyzomélique vorkommenden Kyphosen, von der Marieschen heredotraumatischen Kyphose (Presse méd. 1897) und anderen durch organische Läsionen der Knochen oder im Alter auftretenden Difformitäten der Wirbelsäule. Er zieht aus diesem und seinen übrigen noch beobachteten und beschriebenen Fällen den Schluß, daß es vom hysterischen Pseudogibbus bis zur Kümmelschen Kyphose eine ganze Stufenleiter von Übergängen gibt und daß man bei Neuropathen noch so geringfügige leicht übersehbare Verletzungen der Muskeln oder Bänder als Agent provocateur einer wirklichen nicht simulierten Krankheit wohl beachten muß.

Reinhardt (Sternberg in Mähren).

Rückenmark, peripherisches, sympathisches Nervensystem:

Monier-Vinard et Donzelot, Méningite purulente à pneumocoques,' absence de réactions cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien. (Eitrige Pneumokokkenmeningitis ohne zellige Veränderungen im Liquor cerebrospinalis.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris **29**, S. 468—475. 1913.

In dem beschriebenen Fall waren, kurz vor dem Tode, im Lumbalpunktat zahlreiche Pneumokokken vorhanden, ohne daß die zelligen Elemente Veränderungen zeigten. Vielleicht wurden die Leukocyten durch ein Fibrinnetz eingeschlossen; vielleicht wurde der Nachweis der Leukocyten auch durch ein starkes Ödem, ähnlich wie in der Lunge, erschwert.

Wolfsohn (Charlottenburg).

Hals.

Allgemeines:

Küttner, Hermann, Die Hyomandibularfistel, eine neue Form der angeborenen Halsfistel. (*Chirurg. Klin., Breslau.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 489—491. 1913.

„Es handelt sich um eine angeborene, mit dem äußeren Gehörgang kommunizierende seitliche Halsfistel, eine Mißbildung, für die in der Literatur eine Analogon nicht vorhanden ist.“

8jähriges Mädchen mit von Geburt an bestehender Fistel an der rechten Halsseite, die zuerst unterhalb des Unterkiefers in der Mitte zwischen Kieferwinkel und Kinn saß, sich aber im Laufe der Jahre immer mehr nach oben gegen das Ohr hin zurückzog. Die Fistel sezernierte stets etwas, mitunter entleerte sich aus dem rechten Gehörgang die gleiche Flüssigkeit; bei der Operation, die aus dem Herausschneiden des ganzen Fistelganges bestand, zeigt es sich, daß die Fistel in den äußeren Gehörgang einmündete.

Nach Ansicht von Klaatsch ist die Genese der angeborenen Gehörgangsfistel auf eine Hemmungsbildung im Gebiete der ersten Kiemenspalte zurückzuführen, die Fistel nahm ihre Entstehung von einem in loco verbliebenen Rest der Hyomandibularspalte. Auch die mikroskopische Untersuchung in Stufenschnitten bestätigte nach Klaatsch die makroskopische Diagnose auf „Hyomandibularfistel“.

Valentin (Berlin).

Kehlkopf und Luftröhre:

Navratil, Didier de, Mon expérience de la trachéotomie basée sur cinquante cas. (Meine Erfahrungen über die Tracheotomie auf Grund von 50 Fällen.) (*I. clin. chirurg., univ. Budapest.*) Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **35**, S. 80—83. 1913.

Freudenthal, Wolff, Personal observations with suspension laryngoscopy. (Persönliche Beobachtungen mit dem Suspensionslaryngoskop.) Med. record **83**, S. 329—332. 1913.

Das von Killian angegebene und von Albrecht modifizierte Suspensionslaryngoskop, welches ausführlich beschrieben und das ähnlich wie ein Bronchoskop bei rückwärts gebeugtem Kopf eingeführt wird, hat Verf. in einer ganzen Reihe von Untersuchungen und Operationen

am Kehlkopf angewandt. Er ist mit dem Instrument sehr zufrieden, es verschafft einen vortrefflichen Überblick über den Larynx und eignet sich vorzüglich für Operationen, da es fest eingestellt wird, dem Operateur beide Hände frei läßt und den Zugang zum Kehlkopf nicht beengt. *Hinz* (Lichterfelde).

Zytowitsch, M., Über Komplikationen bei Fremdkörpern in den oberen Luftwegen und Bronchoskopie bei Kindern. Zeitschr. f. Ohren-, Hals- u. Nasenkrankheiten **1**, S. 138. 1913.

Fall 1. 3jähriges Kind. Sonnenblumensamen in der Trachea. Bronchoskopisch entfernt. Noch 2 Stunden Tracheotomie wegen Ödem. Heilung. — Fall 2. 2jähriges Kind. Sonnenblumensamen im rechten Bronchus. Bronchoskopisch entfernt. Vorübergehendes Ödem. — Fall 3. 5jähriges Kind. Vor 7 Tagen Sonnenblumensamen aspiriert. Im rechten Bronchus Granulationen; bronchoskopische Extraktionsversuche erfolglos, auch mit Tracheotomie. Nach 1 Monat Pleuro-pneumotomie. Nach einigen Tagen mit Eiter Fremdkörper in der Wunde. Lungengangrän. Exitus nach einigen Wochen an Gehirnabscessen. *v. Reyher* (Dorpat).

Bertran y Castillo, Fernando, Traitement de la dysphagie dans la laryngite tuberculeuse par les injections d'alcool. (Behandlung der Schluckbeschwerden bei tuberkulöser Laryngitis durch Alkoholinjektionen.) Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **35,** S. 89—100. 1913.

Alkoholinjektionen (80% auf 45° erwärmt) in den N. laryng. sup. sollen nach Schlösser die Schluckbeschwerden auf längere Zeit beseitigen. Bertran hat dies an 6 Pat. nachgeprüft, konstatierte aber, daß einerseits der Nachschmerz nach der Injektion meist sehr erheblich, die Besserung andererseits gering und kurzdauernd war. Er hat dann an weiteren 6 Pat. nach der Vorschrift Boncours erst Novocain-Adrenalin vorgespritzt und dann, in gleicher Sitzung, die Alkoholinjektion folgen lassen. Er ist mit diesem Vorgehen sehr zufrieden; die Pat. konnten bis zu einem Monat — nach ein- oder zweimaliger Injektion von 1—2 ccm Alkohol — ohne Schmerzen selbst feste Speisen zu sich nehmen. Technik. Literatur. Krankengeschichten. *Posner* (Heidelberg).

Pettit, R., Incipient tuberculosis of the larynx, submucous cauterization as a method of treatment. (Beginnende Larynxtuberkulose. Submuköse Kauterisation als Behandlungsmethode.) New York med. journal **97,** S. 122 bis 125. 1913.

Verf. empfiehlt zur Behandlung der beginnenden Larynxtuberkulose die elektrische Kauterisation. Ein elektrischer Brennapparat, der in seiner äußeren Form den üblichen Kehlkopfzangen nachgebildet und mit zwei Elektroden versehen ist, wird nach Cocainisierung des Larynx und unter Führung des üblichen Kehlkopfspiegels eingeführt, der kranken Stelle aufgelegt und dann durch Stromschluß zum Rotglühen gebracht. Die Operation läßt sich schnell ausführen, der Erfolg ist ein sichererer als mit den übrigen bekannten Behandlungsmethoden. Verheilung gewöhnlich in 2 Wochen. Es kann die Kauterisation auch durch ein gerades Bronchoskop hindurch ausgeführt werden. *Hinz* (Lichterfelde).

Schilddrüse:

Blauel und A. Reich, Versuche über künstliche Kropferzeugung. (*Chirurg. Klin., Tübingen.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **83,** S. 225—293. 1913.

Tränkung von Ratten, aus kropffreier Gegend bezogen, mit Wasser aus einer endemischen Kropfgegend Württembergs. Während keine erheblichen makroskopischen Vergrößerungen der Schilddrüsen auftraten, zeigten sich mikroskopisch unzweifelhafte, in längeren Versuchsreihen immer wieder auftretende Veränderungen: gehäuftes Vorhandensein kleiner Follikel und solider Epithelkomplexe, atypische adenomatöse Follikelbildungen, eine Prädisposition für Degeneration und Armut an histologisch nachweisbarem Kolloid. Hierin Übereinstimmung mit den histologischen Befunden bei den Versuchen von Bircher. Das Wasser muß Überträger der Kropfnoxe sein, ob alleiniger Vermittler, sowie worin die Natur der Kropfschädlichkeit besteht, ist noch zu beweisen. Für die praktische Beseitigung der Kropfursache aus dem Wasser scheint bloßes Kochen, sowie alleinige Fitration nicht genügend, sondern Filtration gekochten Wassers nötig zu sein. Längere Versuchsreihen mit genauen makroskopischen und mikroskopischen Befunden. *Biernath.*

Hinder, H. C., The removal of the thyroid-gland. (Extirpation der Schilddrüse). Austral. med. gaz. **33,** S. 73—74. 1913.

Hinder bricht eine Lanze für die allgemeine (Äther-)Narkose bei der Extirpation der Struma überhaupt und speziell der Basedow-Struma. *Ernst Schultze* (Berlin).

Lenormant, Ch., Goitres et parathyroïdes. (Kröpfe und Parathyreoideae.) Presse méd. **21**, S. 148—151. 1913.

Kurze Übersicht über die Geschichte der Epithelkörper. Pathologisch-anatomische Beschreibung der Struma parathyreoidea, wie Verf. die von Th. Kocher jun. zuerst beschriebene und von Langhans Parastruma genannte Geschwulst der Epithelkörper nennt. Bei der Zusammenstellung aller bisher publizierten Fälle von Parastruma konnte Verf. für die klinische Diagnose gar keine Anhaltspunkte finden. Klinische Beschreibung der postoperativen Tetanie, Besprechung ihrer Ursache und der Operationsmethoden zur Vermeidung der Schädigung der Epithelkörper. Verf. be schreibt eine Operationsmethode von Delore und Alamartine (Congrès franç. d. Chir. 1900): die subkapsuläre Excision der Struma, unter primärer Ligatur der Arterienstämme. (Die beschriebene Methode ist die von Th. Kocher vor 35 Jahren angegebene und fast allgemein geübte Excision des Kropfes.) Besprechung der Therapie der postoperativen Tetanie. Verf. geht nur kurz auf die Calciumtherapie nach McCallum ein, eingehender auf die Organotherapie, von der er in der Literatur mehrfache Erfolge zitiert fand, und auf die Implantation von Epithelkörper. Verf. fand in der Literatur 9 Fälle von Transplantation von Parathyreoidea, wovon 8 mit Erfolg, was sehr bemerkenswert ist. *Albert Kocher* (Bern).

Simpson, Burton T., Growth centers of the benign blastomata with especial reference to thyroid and prostatic adenomata. (Wachstumszentren benigner Geschwülste mit besonderer Berücksichtigung der Thyreoidea- und Prostataadenome.) (*Pathol. Inst., Freiburg i. Br.*) Journal of med. res. **27**, S. 269 bis 289. 1913.

Struma nodosa ist eine echte Geschwulstbildung, deren einzelne Formen durch degenerative Prozesse verursacht werden. Meist entstehen sie unizentrisch, gelegentlich aber auch multizentrisch. Ähnlich verhalten sich die Prostataadenome, die meist multipel vorhanden sind. Die degenerativen Prozesse im Innern der Tumorknoten sind als die Wachstumszentren anzusprechen, ebenso bei den Fibroadenomen der Brust. Die Myome des Uterus zeigen multizentrisches Wachstum. Ihre Entstehung ist in der Proliferation der Muskelzellen zu suchen. *Lewin* (Berlin).[M]

Marine, David, Benign epithelial tumors of the thyroid gland. (Gutartige Geschwulst der Thyreoidea.) (*Laborat. of exp. med., west. res. univ., Cleveland.*) Journal of med. res. **27**, S. 229—267. 1913.

Morphologie der Adenome der Thyreoidea mit Untersuchungen über den Jodgehalt der Geschwülste in bezug auf ihre anatomische Struktur. Eine Entstehung dieser Tumoren auf Grund der Cohnheimschen Geschwulsttheorie ist unwahrscheinlich. *Lewin* (Berlin).[M]

Berry, James, The Lettsomian lectures on the surgery of the thyroid gland, with special reference to exophthalmic goitre. Lect. 2. (Vorlesungen über Chirurgie der Schilddrüse mit besonderer Berücksichtigung des Basedowkropfes.) Lancet **184**, S. 668—673. 1913.

Berry beantwortet in seiner klinischen Vorlesung über die Chirurgie der Schilddrüse die Frage nach der Indikation zur Operation dahin, daß in sehr vorgeschrittenen und sehr akuten Basedowfällen von der Operation Abstand genommen werden soll, weil die Intoxikation eine zu schwere und sekundäre Degeneration vor allem des Herzens vorhanden sei. — Er fixiert den Begriff „Basedow“ so, daß er nur Fälle mit voll ausgebildeter Trias mit einbezieht. Die interne Behandlung habe Erfolge: nach Mackenzie 25% Heilung, 25 wesentliche Besserung, 25 blieben mehr oder weniger ernst krank und 25% starben an der Krankheit. Die Sterblichkeit nach der Operation sei dagegen wesentlich geringer; bei ihm 2 von 26 Patienten. Für die Operation müsse der Moment abgepaßt werden, in dem die Intoxikation nicht auf ihrer Höhe ist, d. h ganz im Beginn oder gegen Ende des ersten Jahres der bestehenden Krankheit oder noch später. Hauptmerkmale für den Intoxikationsgrad sind Aufgeregtheit

und Muskelschwäche — namentlich im Quadriceps — sowie akute Herzdilatation. — Hier soll unter interner Behandlung abgewartet werden — im Notfall: Ligatur der Arteria thyreoid. sup. mit später folgender Strumektomie oder besser noch erst die Unterbindung der anderseitigen Thyreoidea sup. gemacht werden. — Seine Resultate sind sehr günstig; alle Patienten sind sehr wesentlich gebessert, er hatte nur einen Rückfall. Im allgemeinen hält er die lokale Anästhesie für die beste, in Fällen höchster Aufgeregtheit gebraucht er die Äthernarkose wegen der Furcht vor dem Nervenshock nach der Operation. Er selbst wendet am häufigsten die halbseitige Strumektomie an, rät aber in schweren Fällen sich auf die Unterbindung der Thyreoid. sup. zu beschränken. Die Unterbindung der Inf. zugleich hält er für einen zu großen Eingriff, der vielleicht die Strumektomie an Schwierigkeit übertrifft. Sooft er die Inf. allein unterband, ging er von einem Schnitt parallel dem Hinterrand des Sternocleidomastoideus aus. — Bei der Strumectomie hebt er hervor, daß die postoperativen Symptomsteigerungen und Todesfälle nicht durch den Druck auf die Struma bei den operativen Manipulationen hervorgerufen sein könne und verweist beweisend auf die Weir-Mitelhellsche Massagebehandlung des Basedowkropfes, die nie derartige Symptome hervorriefen. — Vorbeugend empfiehlt B. Zuführung von großen Flüssigkeitsmengen auf allen Wegen sofort nach der Operation. *Ernst Schultze* (Berlin).

Baumoel, S., Die Diagnose der Formes frustes des Morbus Basedowii. Allg. Wien. med. Zeit. **58,** S. 94—96. 1913.

Trotz Fehlens oder nicht deutlichen Hervortretens der 3 Kardinalsymptome des Basedows: Struma, Tachykardie und Exophthalmus müssen Klagen über allgemeine Schwäche, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Gedächtnisschwäche, Herzklopfen, Hitzegefühl der Haut, Schweiße, Angst-, Depressions- und melancholische Zustände den Arzt veranlassen, nach weiteren Basedowsymptomen zu suchen: Tremor, Gräfesches, Dalrymplé, Kochersches Symptom usw. Differentialdiagnostisch kommen larvierte Tuberkulose, Chlorose, Neurasthenie und Herzneurose in Betracht. Den Ausschlag gibt oft die Blutuntersuchung auf Lymphocytose. *Biernath* (Lichterfelde).

Chalier, André, Résultats des interventions dirigées sur le sympathique cervical dans la maladie de Basedow, selon la méthode du professeur Jaboulay. (Resultate chirurgischer Eingriffe am Sympathicus bei Basedowerkrankung nach der Methode Jaboulays.) Prov. méd. **26,** S. 2—4. 1913.

Eine interessante Zusammenstellung über 36 Fälle, welche nach folgenden Verfahren operiert wurden: 1. Stückresektion aus dem Sympathicus cervicalis, 22 doppelseitige, 4 einseitige. 2. Einfache Durchtrennung, 7 doppelte, 2 einfache. 3. Nervendehnung, 1 Fall. Operationsresultat: 7 Todesfälle (Lungenkomplikationen, Erysipel, Thymustod, Fruchtvergiftung). Der Eingriff erzielt eine wesentliche Besserung. Pulsfrequenz und Exophthalmus gehen noch auf dem Operationstisch zurück. Die nervösen Störungen, Unruhe, Schlaflosigkeit und Tremor ändern sich erst nach einigen Tagen; die Struma geht in einem guten Teil der Fälle zurück. Fernresultate: 26 Fälle ließen sich verfolgen. 10 Tote. Lungentuberkulose 3. Herzstörungen, Diarrhoe je 1. Die sekundäre Thyreoidektomie zur Verbesserung des Resultates der Sympathicotomie erforderte 3 Opfer. Von 16 Überlebenden stehen 12 im 2. bis 17. Jahre post. op. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Sympathicektomie verlängert das Leben Basedowkranker 1. durch völlige Wiederherstellung, 3 Fälle; 2. durch wesentliche Besserung, so daß Patient wieder arbeitsfähig wird und keiner Behandlung mehr bedarf, trotzdem einzelne Symptome, wie Struma, Tachycardie, leichter Exophthalmus, fortbestehen. Fünf ausführliche Schilderungen und mehrere kurze Angaben. Verf. kennt keinen Mißerfolg; doch lasse der Effekt allerdings auf sich warten. Nur einmal sei ein Rezidiv aufgetreten. Patient starb am Abend nach der anderorts ausgeführten Thyreoidektomie. Die Operation des Sympathicus verspricht vollen Erfolg oder wenigstens wesentliche Besserung. Bei der günstigen Auffassung dieser Resultate geht Verf. aus von der Annahme, daß die Basedowsche Erkrankung bis vor kurzem noch unter die unheilbaren Leiden zu rechnen war. *Hotz* (Würzburg).

Thymus:

Eggers, Hartwig, Experimentelle Beiträge zur Einwirkung der Röntgenstrahlen auf den Thymus und das Blut des Kaninchens, mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Verwertbarkeit in Fällen von Thymushypertrophie des Menschen. (*Med. Univ.-Poliklin., Bonn.*) Zeitschr. f. Röntgenk. **15,** S. 1—31 u. 44—66. 1913.

Bei wöchentlich drei Bestrahlungen von etwa 6 Minuten Dauer und einer Dosis von

1,5—2,0 H. äußert sich die Röntgeninvolution in Zerfall und Schwund der Lymphocyten, der retikulären Zellen und Hassalschen Körperchen. Die Lymphocyten scheinen durch Phagocytose beseitigt zu werden. Die Reticulumzellen nehmen Schaumstruktur an, zerfallen und hinterlassen cystenartige Hohlräume im Gewebe. Durch Aneinanderlagerung degenerierter Reticulumzellen entstehen Sequester. Das ganze Organ wird auf diese Weise reduziert. Die zentrifugal fortschreitende Vakuolisierung der Hassalschen Körperchen führt zum vollkommnen Schwund und zur Entstehung eines Hohlraumes, weil eine konzentrische Anlagerung neuer Reticulumzellen durch Zerstörung derselben nicht mehr stattfinden kann. Die Regeneration ist durch Einwanderung von Lymphocyten, Mitosen und Neubildung von Hassalschen Körperchen gekennzeichnet.

Die Möglichkeit einer Röntgenbestrahlung bei der menschlichen Thymushyperplasie besteht bei den chronisch verlaufenden Formen und der Adénopathie trachéobronchique der Franzosen. Die therapeutische Verwendbarkeit wird aber besonders bei der intermittierenden Form der Thymushyperplasie in Frage gestellt durch die schnelle und umfangreiche Regeneration. Hinsichtlich eines Zusammenhanges des Thymus mit dem Blute können die interessanten Untersuchungen von Eggers für die Anschauung verwertet werden, die den Thymus als einen Reservespeicher für Lymphocyten ansieht, der den Ersatz zur Deckung der an andern Stellen zugrunde gegangenen Lymphocyten liefert. Voraussichtlich sind durch die Veränderungen im Blutbild nach Röntgenbestrahlung des hypertrophischen Thymus keine Schädigungen des Organismus zu erwarten. *Klose* (Frankfurt a. M.).

Müller, Berthold, Thymustod und Status thymolymphaticus. (*Städt. Krankenanst., Dortmund.*) Zeitschr. f. Laryngol., Rinol. **5**, S. 1075—1084. 1913.

Müller berichtet über 2 Fälle, die die Anschauungen Paltaufs über den plötzlichen Tod bei lymphatisch-chlorotischer Körperkonstitution bestätigen sollen.

Ein 10jähriger Knabe starb im Verlauf einer Halsentzündung unter den Erscheinungen hochgradiger Atemnot. Der Thymus war nicht vergrößert, bot jedoch histologisch das Bild der ausgesprochenen Markhyperplasie mit Atrophie der Rinde dar. Der zweite Fall, einen 2jährigen Knaben betreffend, der im Verlaufe einer Diphtherie plötzlich ohne Erscheinungen erschwerter Atmung verstarb, zeigte einen sehr großen Thymus mit Markhyperplasie und außerdem noch eine hochgradige Markatrophie der Nebennieren.

M. schließt, daß der Nachweis eines vergrößerten Thymus für die Diagnose eines Status thymico-lymphaticus nicht entscheidend ist. Der Sektionsbefund des letzten Falles scheint den Antagonismus zwischen Thymus und Nebennieren zu bestätigen. Um einer „Hyperthymisation“ vorzubeugen, empfiehlt M. die Anwendung von Nebennieren-Präparaten. *Klose* (Frankfurt a. M.).

Crotti, André, Thymic tracheostenosis and thymus death, with report of cases. (Tracheostenosis thymica und Thymustod, mit Bericht von Fällen.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 571—575. 1913.

Zu 5 Fällen von Thymushyperplasie, die Verf. vor einem Monat in derselben Zeitschrift mitgeteilt hat, fügt er noch 2 weitere hinzu: 1. Schwerer Morbus Basedowii. Während der Ligatur beider oberen Polgefäße in Lokalanästhesie mit einigen Tropfen Äther allgemeiner Tremor, Kollaps, Exitus. Sektion: etwas vergrößertes Herz, enorm große, histologisch normale Thymusdrüse, ohne Druckerscheinungen an der Trachea (eine entsprechende Dämpfung war vorher perkutorisch festgestellt). 2. Neugeborenes (Zangengeburt) macht völlig gesunden Eindruck. Noch am 1. Lebenstage kurzer Erstickungsanfall; nach 6stündigem freiem Intervall Wiederholung, in 15 Minuten Tod. Typische Dämpfung an der Leiche. Sektion: Thymushyperplasie mit Kompression und Abplattung der Trachea.

Fast immer gehen dem plötzlichen Thymustod irgendwelche Prodromalsymptome voraus, die den Arzt auf die richtige Diagnose führen müssen; der plötzliche Tod ist das Resultat mangelhafter Beobachtung. Die Thymusdruckwirkung auf die Trachea findet entweder in der oberen Thoraxapertur statt (meist bei Kindern; durch Hyperextension des Kopfes begünstigt) oder etwas tiefer zwischen den großen Gefäßen (Abb.) (meist bei Erwachsenen). In jedem Tracheotomiebesteck sollten Kanülen sein, die bis an die Bifurkation der Trachea reichen. Wo die Sektion keine Tracheostenosis aufdecken kann, muß eine Druckwirkung der vergrößerten Drüse auf das Herz (ev. dessen Ganglien) oder die großen Gefäße angenommen werden; letztere kann wiederum durch Dehnung und Reizung des Recurrens einen Glottiskrampf zur Folge haben;

dann würde die Tracheotomie lebensrettend wirken. Paltaufs Erklärung solcher Todesfälle durch den Status thymolymphaticus wird abgelehnt, da die Thymus kein lymphoides Organ, sondern eine Drüse sei. Die Physiologie der Thymus und ihre Beziehungen zu den andern Drüsen innerer Sekretion ist noch recht unklar; die widersprechendsten Ansichten stehen sich in der Literatur gegenüber. Verf. fand bei Hyperthyreoidismus in der Regel einen vermehrten Adrenalingehalt im Blute. *Tölken* (Zwickau).

Brust.

Allgemeines:

Stetten, De Witt, The present status and future scope of thoracic surgery. (Der gegenwärtige Stand und die Zukunftsaussichten der Thoraxchirurgie.) Med. record **83,** S. 280—287. 1913.

Kritischer Überblick über die Leistungen in der Thoraxchirurgie seit Einfühurng der zur Vermeidung des Pneumothorax und seiner Folgen erfundenen Apparate (Unter- und Überdruckapparate, intratracheale Insufflation nach Meltzer-Auer). Verf. kommt zum Schluß daß in kurzer Zeit sehr viel erreicht worden ist und in Zukunft noch erreicht werden wird. Im Charakter der intrathorakalen Organe, in ihrer vitalen physiologischen Bedeutung aber liegt der Grund, daß die Thoraxchirurgie nie den Höhepunkt erreichen werde, den die Abdominalchirurgie heutzutage innehat. — Von Einzelheiten sei notiert: Bei Empyemoperationen hält Stetten die Anwendung jeder Druckdifferenz oder Insufflation für kontraindiziert. — Die Versuche, Herzklappenfehler operativ anzugehen, sind auf menschliche Verhältnisse nicht übertragbar. — Die Trendelenburgsche Embolieoperation ist sehr wenig aussichtsreich. — Die Carrelschen Experimente an den großen Gefäßstämmen haben kaum praktische Bedeutung. — Operable Oesophaguscarcinome bieten sich selten; die Technik der Oesophagusresektion ist infolge anatomischer Verhältnisse schwer. *Schumacher* (Zürich).

Brustwand:

Harttung, Heinrich, Über Lokalanästhesie bei Operationen am Brustbein. (*Allerhlg. Hosp., Breslau.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 457. 1913.

Verf. hat in einem Falle von starrer Thoraxdilatation ein zur Längsspaltung des Brustbeins (Mediastinotomia longitudinalis) ausreichende lokale Anästhesie hergestellt. Auf beiden Seiten des Sternums wurden je 5 ccm einer 1 proz. Novocain-Supraveninlösung in die obersten 5 Interkostalräume injiziert und dann der ganze Bezirk mit einer 0,5 proz. Novocainlösung umspritzt. Die Weichteile in der Gegend des Jugulums wurden durch Infiltration anästhesiert. Die Operation verlief schmerzlos. *Läwen* (Leipzig).

Lacaille, E., Cancer du sein guéri par les rayons X; huit ans après, accouchement. Allaitement, abcès du sein autrefois malade, incision, maintien de la guérison du cancer. (Mammacarcinom durch Röntgenbestrahlung geheilt.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. **21,** S. 18—21. 1913.

8 Jahre später Partus. Bei einer Absceßincision der ehemals kranken Brust, die zum Stillen benutzt wurde, wurde die Dauerheilung des Krebses festgestellt. Keine histologische Untersuchung. *Frangenheim* (Leipzig).

Speiseröhre:

Brennemann, Joseph, Congenital atresia of the esophagus, with report of three cases. (Kongenitale Atresie des Oesophagus, mit Bericht dreier Fälle.) Americ. journal of dis. of childr. **5,** S. 143—150. 1913.

Da die vom Verf. berichteten 3 Fälle von Oesophagusatresie innerhalb eines Jahres gesehen wurden, hält er die Affektion für häufiger als bisher angenommen. 70% aller Fälle gehören zum sog. inosculierenden Typus, nämlich Endigung des oberen Oesophagusendes in einen dilatierten blinden Sack, während das untere in die Trachea oder seltener in einen Bronchus mündet. Auch die drei beschriebenen Fälle gehören diesem Typus an. Bei allen waren die ersten Symptome konstanter Speichelfluß, Regurgitieren der Nahrung, die sichere Diagnose wurde durch die Schlundsonde gestellt; alle drei starben in den ersten Lebenstagen, zum Teil nach, zum Teil ohne Anlegung einer Magenfistel. Auch alle in der Literatur berichteten Fälle starben am 7., 8. und 9. Tage, so daß Verf. diesen Termin für die längste Zeit anzunehmen geneigt ist, die ein neugeborenes Kind ohne Wasserzufuhr leben kann. Eine Aspirationspneumonie ist in

den meisten Fällen die Todesursache, ebenso in den referierten. Der Gewichtsverlust war groß (25—40%, davon 75% in den andern 3 Tagen). Die Temperatur zeigte immer eine Temperaturerhöhung nach dem 2. und 3. Tage (Durstfieber), bei allen bestand Sklerem. Erstickungsfälle mit Cyanose traten bei jedem Fütterungsversuch auf. Das Abdomen war in den oberen Partien aufgetrieben (Gasansammlung aus der Trachea), in den unteren eingesunken. Die Diagnose des Zustandes richtet sich 1. nach dem Rückströmen der aufgenommenen Flüssigkeit in mit dem Schlucken synchronen Stößen durch Mund und Nase. 2. Nach dem konstanten Speichelfluß. 3. Nach den Erstickungsattacken. Gesichert wird die Diagnose durch die Sonde. (Normale Entfernung Lippen — Kardia beim Säugling 17 cm, geringster Durchmesser der Speiseröhre 4 mm.) Irgendeine Behandlung hat sich bis jetzt als völlig wertlos erwiesen. *Saxinger* (München).[K]

Petersen, William, Atresia of the esophagus with transposition of the viscera. (Atresie des Oesophagus mit Verlagerung der Eingeweide.) Transact. of the Chicago pathol. soc. **9**, S. 26—28. 1913.

● **Ach, Alwin, Beiträge zur Oesophagus-Chirurgie.** München, Lehmann. 1913. IV, 136 S. M. 4,—.

Verf. bespricht zunächst die Resektion im Halsteile des Oesophagus, sowie die Methoden zum Ersatz des entstandenen Defektes unter Mitteilung einer eigenen Methode. Die Erfahrungen des Verf. über Fremdkörperextraktionen (30 Fälle) zeigen die Vorteile seines Instrumentariums (Innenbeleuchtung, pneumatischer Apparat), sowie den hohen Wert der Oesophagoskopie. Die Oesophagotomie, die Mediastinotomia post. sind wenigstens zur Entfernung von Fremdkörpern jetzt nicht mehr erforderlich. Nach Besprechung der Verfahren zur Ausschaltung des Pneumothorax, der Methoden und Resultate des endothorakalen Oesophagusersatzes nach Resektion des Oesophagus, sowie des antethorakalen Oesophagusersatzes ohne Resektion des Oesophagus bei gutartigen Erkrankungen (Oesophagoplastik) beschreibt Verf. seine eigenen Operationen am Menschen, sowie seine interessanten Tierversuche auf dem Gebiet der Oesophaguschirurgie. Die Rouxsche Oesophago-Jejuno-Gastrostomose wurde an 10 Hunden ausgeführt, von denen einer nach 3 Monaten noch lebte. Bei der Resektion des Oesophagus mit zirkulärer Naht der Enden wurde bei 3 Tieren eine Nahtinsuffizienz gesehen. 4 nach der zweiten Sauerbruchschen Methode operierte Tiere starben. Der Ersatz des resezierten Oesophagus durch eine endothorakal verlagerte Darmschlinge wurde 5 mal ausgeführt ohne Erfolg. Erfolglos war auch die Einnähung des oberen Oesophagusendes in den endothorakal verlagerten Magen. Von 2 nach Tiegel operierten Hunden lebte einer nach 3½ Monaten (Striktur an der Nahtstelle). Ach ist der Überzeugung, daß die Tiegelsche Knopfmethode sich am besten zu endothorakalen Operationen eignet; das Verfahren von Schmieden und Küttner (blinder Verschluß des oberen Oesophagusendes) ist wegen Behinderung des Sekretabflusses nicht nachahmenswert. Vielversprechend sind die Operationen mit totaler Exstirpation bzw. Extraktion des Oesophagus nach endothorakalen bzw. abdominalen Resektionen, ein Verfahren, das Lewy zuerst geübt hat. Von zahlreichen operierten Tieren überlebten einige die Operation kurze Zeit (19 und 23 Tage). Die Extraktion des Oesophagus erfolgte von einer Oesophagotomie oder vom Munde aus. Der extrahierte Oesophagus wurde subcutan antethorakal gelagert. Die Extraktion gelang spielend, ohne Nebenverletzungen, ohne Blutungen. Beim Menschen hätte A. mit seinem Verfahren fast einen Erfolg erzielt, wenn nicht eine Insuffizienz der Magenfistel eingetreten wäre; der betreffende Patient überlebte die Operation 17 Tage. Der Arbeit sind ausführliche Versuchsprotokolle sowie ausgezeichnete Abbildungen beigegeben. Zahlreiche technische Details erhöhen ihren Wert. *Frangenheim* (Leipzig).

Galpern, J., Oesophagusplastik aus der Magenwand. (*Gouvern.-Krankenh. Twer, Rußl.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 265—266. 1913.

Verf. arbeitete schon vor Jianus Publikation eine seinem Verfahren ähnliche Methode aus, die sich technisch durch einige Details unterscheidet: 1. Schnitt parallel dem linken

Rippenrand. 2. Schnitt durch die Magenwände: 3 Finger breit vom Pförtner — von der großen Kurvatur zu der kleinen 3½ cm lang. — Am Ende dieses Schnittes werden zwei Klemmen parallel der großen Kurvatur angelegt, eine 3 cm von der großen Kurvatur, die andere ebenfalls parallel, doch höher zur kleinen Kurvatur. Durchtrennung der Magenwände am oberen Rande der unteren Klemme. Die Klemmen bleiben liegen, die Schnittlinie wird mit fortlaufender Naht versehen. 3. Der fertige Schlauch wird subcutan bis zum Halse geführt. Die Operation ist nur bei benignen Strikturen indiziert. Der Vorzug des Verfahrens liegt in der genügenden Länge und Ernährung des Schlauches. Durch Resektion des letzten Rippenknorpels läßt sich das Ende höher am Halse herausführen. Bei kleinem Magen freierer Zugang durch temporäre Resektion des Rippenrandes nach Marwedel. *Boit* (Königsberg).

Biggs, George N., A case of foreign body in the oesophagus. (Ein Fall von Fremdkörper in der Speiseröhre.) Lancet **184**, S. 886—887. 1913.

Lungen:

Schepelmann, Emil, Tierexperimente zur Lungenchirurgie. *(Prof. Dr. Wullsteins chirurg. Klin., Halle a. S.)* Arch. f. klin. Chirurg. **100**, S. 985—1017. 1913.

Die ausschließlich an Kaninchen vorgenommenen Versuche bezwecken einige vielleicht auch für die Praxis wichtige Fragen zu beantworten. Durch Durchschneidung des Nervus phrenicus am Halse und die dadurch bedingte Lähmung der betreffenden Zwerchfellhälfte, suchte Verf. eine gewisse Ruhigstellung der Lunge herbeizuführen, wie sie in den modernen Bestrebungen der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose eine Rolle spielt. Das Ziel wurde in den Tierversuchen erreicht, ohne daß Zirkulation und Volumen in nennenswerter Weise beeinflußt wurden. Verf. glaubt daher aus theoretischen Gründen einen günstigen Einfluß der Phrenicotomie auf initiale Lungenphthise annehmen zu können. Die Versuche über Amputation einer Lunge bringen bezüglich der Technik nichts Neues. Den Raumausgleich in der der Lunge beraubten Pleurahöhle suchte Verf. einmal durch Resektion des Phrenicus, welche ein Höhertreten der betreffenden Zwerchfellhälfte zur Folge hatte, sodann durch ausgedehnte Resektion einer Zwerchfellhälfte zu unterstützen. In letzterem Falle traten Baucheingeweide in die leere Pleurahöhle hinauf und füllten sie aus. Die ausgiebige Resektion des Zwerchfells wandte Verf. außerdem noch an, um durch die in die Brusthöhle eintretenden Baucheingeweide eine Kompression der Lunge herbeizuführen. Dieselbe war ausgedehnter, als wie sie sich durch ergiebige Rippenresektionen im Sinne von Friedrich und Wilms im Tierexperiment erzielen ließ. Verf. glaubt daher, daß auch in der Praxis die ausgedehnte Thorakoplastik zum Zwecke der Lungeneinengung unter Umständen durch die Diaphragmektomie ersetzt werden könnte.

Tiegel (Dortmund).

Binet, Desbouis et J.-P. Langlois, Circulation pulmonaire au cours des hydrothorax et pneumothorax. (Die Blutzirkulation in der Lunge bei Hydrothorax und Pneumothorax.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. **74**, S. 545—547. 1913.

Bei 15 Hunden, denen ein offener oder geschlossener Pneumothorax oder ein Hydrothorax angelegt worden war, bestimmten die Verff. die Respirationsfrequenz, die Respirationsgröße, die Dauer des Lungenkreislaufes, die Blutgeschwindigkeit und den Blutdruck. Sie glauben aus ihren Experimenten schließen zu dürfen, daß weder der Pneumothorax noch große Pleuraergüsse irgendwelche Änderungen der Zirkulation in der Lunge noch im allgemeinen bedingen. Nur wenn sie jede Respiration aufheben entsteht eine Verlangsamung der Blutzirkulation infolge der eintretenden Asphyxie. *Schumacher* (Zürich).

Tytgat, Edg., Traitement chirurgical de l'emphysème pulmonaire. (Chirurgische Behandlung des Lungenemphysems.) Ann. et bull. de la soc. de méd. de Gand **3**, S. 419—450, 1912, **4**, S. 15—49. 1913.

Die ausführliche Arbeit enthält eine Zusammenstellung aller über die chirurgische Behandlung des Lungenemphysems bisher bekannt gewordenen Tatsachen nebst Literaturverzeichnis. Ätiologie des Emphysems, physiologische Bedeutung der Rippenknorpel beim Respirationsakt, Differentialdiagnose zwischen Emphysem und primitiver Thoraxdilatation, Röntgendurchleuchtung und pathologische Anatomie werden in besonderen Kapiteln abgehandelt. Ebenso wird über sämtliche bisher publizierten Fälle von Freundscher Operation ausführlich berichtet. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen kommt Verf. zu dem Schlusse, daß die Chondrektomie die einzige

der kausalen Indikation gerecht werdende Behandlung der starren Thoraxdilatation ist. Die Operation ist relativ leicht und unter Lokalanästhesie auszuführen. Objektiv zeigen sich die günstigen Folgen durch Mobilisierung des Thorax, ausgedehntere Beweglichkeit des Zwerchfells und Zunahme der vitalen Kapazität, subjektiv durch Verschwinden bzw. Geringerwerden der Dyspnöe. Die Resektion der 2—5 Rippe in Ausdehnung von 2—3 cm genügt meist, die Resektion der ersten Rippe ist überflüssig. Interposition eines Muskellappens ist zu empfehlen. Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit der Vorbereitung, Technik und Nachbehandlung der Operation. Die Versuche des Verf., durch Injektion reizender Substanzen (Chlorzink, Ol. terebinthinae, Arg. nitr.) in die Rippenknorpel beim Tier die starre Thoraxdilatation experimentell zu erzeugen, hatten durchweg ein negatives Ergebnis. *Adler* (Berlin).

Pekánovits, Stefan, Die Behandlung der Lungentuberkulose mittels künstlichem Pneumothorax. (*I. med. Klin., Univ. Budapest.*) Pest. med.-chirurg. Presse **49**, S. 82—84. 1913.

Knapper, nichts neues bringender Vortrag. Die persönlichen Erfahrungen des Verf. mit der Pneumothoraxtherapie sind gut. *Schumacher* (Zürich).

Wilms, Welche Formen der thorakoplastischen Pfeilerresektion sind je nach Ausdehnung und Schwere der Lungenerkrankung zu empfehlen? Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 449—453. 1913.

Wilms will im Rückblick auf 34 Fälle im Gegensatz zu Sauerbruch die Eindellung des Unterlappens als einleitende Operation auf wenige geeignete Fälle beschränkt wissen. Diese ergeben sich ohne weiteres aus seiner Ansicht, daß die Diagnose der Tuberkulose des Unterlappens Schwierigkeiten bietet, da selbst Rasselgeräusche über dem Unterlappen rein katarrhalischer Natur sein können, unterhalten durch Sekreteinfluß vom Oberlappen. Er fürchtet also die Ausschaltung gesunden Lungengewebes und glaubt nicht, daß Temperaturerhöhung und Entstehung von lobulär pneumonischen Herden im Unterlappen nach seinem Vorgehen als Folgen der Aspiration, sondern der infolge Schmerzhaftigkeit gehemmten Expektoration aufzufassen sind. Außerdem betont er gegenüber Sauerbruch den Wert der Resektion der 1. Rippe. Die gelöste Thoraxwand soll durch ihre Schwere die 1. Rippe mit hinunterziehen und die Spitze von oben komprimieren. Dies fordert er als unerläßliche Maßnahme in jedem Falle von O. L. Tuberkulose, es sei denn, daß man die Spitze extrapleural löst, herunterdrückt und den Hohlraum durch Knochenstücke resezierter Rippen ausfüllt. Demnach beginnt W. bei circumscripter O. L. Affektion mit paravertebraler Pfeilerresektion von der I. bis mindestens V., besser noch VII. Rippe. Oft genügt dieser Eingriff, selbst bei Kavernen bis zu Kirschgröße. Andernfalls reseziert er 2—3 Wochen später parasternal I.—V. Rippe. Lassen äußere Gründe eine Resektion vorne als unerwünscht erscheinen, so wird die Resektion paravertebral weiter ausgedehnt. Da die Fixation durch Weichteile am Schultergürtel dem Einsinken der Thoraxwand Schranken setzt, kann man den Effekt der paravertebralen plus parasternalen Resektion erhöhen durch Mitinangriffnahme der Clavicula, die W. parasternal genau wie eine Rippe reseziert. Kompression von Nerven und Gefäßen kommt infolge Sinkens der Thoraxwand nicht in Frage. Geeignet hierfür sind schwielige, kavernöse Formen der O. L. Tuberkulose. Bei ausgebreiterer Erkrankung erfolgt naturgemäß ausgedehntere Resektion am besten in mehreren Sitzungen. W. warnt nur davor, daß man Rippen, die man später in größerer Ausdehnung resezieren will, schon bei der ersten Operation angreift, da die Callusbildung Schwierigkeiten bietet. Die paravertebrale Resektion ist auf der linken, meist erkrankten Seite besonders wirksam, da das Herz durch schrumpfende Prozesse herangezogen das Thoraxvolumen bereits verkleinert. Paravertebrale plus parasternale plus Resektion der Clavicula sind im Effekt fast gleich einem Pneumothorax. Anlegung eines solchen empfiehlt W. als vorbereitende Maßnahme bei nicht adhärenter Pleura des

O. L. zur Verhütung von Aspirationspneumonien mit Verringerung der Stickstoffmenge nach der Pfeilerresektion. Bärs Vorschlag, eine Paraffinplombe für den durch vordere Ablösung der Spitze samt Pleura geschaffenen Hohlraum zu verwenden, hält W. bei frischen Prozessen des O. L., bei denen eine verstärktere Kompression wünschenswert erscheint, für durchaus brauchbar, während bei großen Kavernen die Wahrscheinlichkeit einer spontanen Perforation infolge erschwerter Ernährungsverhältnisse der Wand zur Vorsicht mahnt. Zum Schluß befürwortet Verf. bei großen, schnell fortschreitenden Kavernen und bei Mischinfektion die offene Kavernenbehandlung, verbunden mit Pfeilerresektion. *Plenz* (Charlottenburg).

Jaquerod, Traitement des accidents pleurétiques survenant au cours du pneumothorax artificiel. (Behandlung der im Gefolge des künstlichen Pneumothorax auftretenden pleuritischen Komplikationen.) Schweizer. Rundsch. f. Med. **13,** S. 452—455. 1913.

1. Pleuritis serosa sah Jaquerod unter 30 Fällen 5mal auftreten. Gewöhnlich kommt es dazu im Anfang der Behandlung infolge der Lösung von Verwachsungen; einmal trat das Exsudat 7 Monate nach Einleitung der Pneumothoraxbehandlung auf und fiel hier mit Ablösung der bis dahin adhärenten Spitze zusammen. Gewöhnlich ist die Komplikation von leichter Temperatursteigerung begleitet, die Temperatur ist oft auch während der ganzen Dauer des Exsudates etwas schwankend. Nur bei sehr großen Ergüssen mit Verdrängungserscheinungen soll punktiert werden. Es soll nur jeweilen ein kleines Quantum Exsudat abgelassen und teilweise durch N ersetzt werden. Auch bei spontaner Resorption des Exsudates ist durch N-Nachfüllung einem Entfalten der Lunge vorzubeugen. Die Prognose der serösen, im Gefolge der Pneumothoraxtherapie auftretenden Exsudate ist gut, wenn diese auch über Monate hin bestehen können. — 2. Eitrige Ergüsse treten viel seltener auf. Man hat in ihrer Entwicklung und Prognose zwei völlig verschiedene Arten zu unterscheiden. Bei der einen handelt es sich um ein rein tuberkulöses Empyem; im Eiter werden nur Tuberkelbacillen gefunden. Der Temperaturanstieg ist hier meist nicht sehr hoch und von kurzer Dauer, beeinträchtigt jedenfalls nicht den Allgemeinzustand. Die Prognose ist gut, wenn auch der Verlauf langwierig. Die Behandlung ist die eben für die serösen Ergüsse geschilderte. Vor allem wird vor zu großen Exsudatablassungen gewarnt. Diese tuberkulösen Empyeme werden meist bei Fällen gesehen, bei denen starke Verwachsungen über mehr oder weniger großen Lungenpartien bestehen. — Die zweite Form eitriger Ergüsse bilden die septischen Empyeme. Sie können durch mangelhafte Asepsis entstehen oder durch Infektion von der Lunge aus, so durch Zerreißen von Verwachsungen, durch Durchbruch eines oberflächlich gelegenen Lungenherdes oder nach Lungenverletzung durch die Punktionsnadel. Schüttelfrost, hohes septisches, nicht fallendes Fieber, schwere Beteiligung des Allgemeinzustandes sind hier die Folgen. Breite Thorakotomie und Drainage sind hier notwendig. Nur bei sehr schwachen, einen größeren Eingriff nicht aushaltenden Patienten begnügt man sich mit wiederholten Punktionen. In letzteren Fällen ist die Prognose infaust, während durch Thorakotomie oft noch überraschende Erfolge erzielt werden. — 3. Ein Spannungspneumothorax kann im Gefolge eines künstlichen Pneumothorax entstehen, durch Zerreißen von Adhäsionen, durch Durchbruch eines Lungenherdes oder durch Lungenverletzung mittelst der Punktionsnadel. Die gefährliche Komplikation wird oft nicht erkannt. Wenn sich bei einem Pneumothoraxpatienten abnorme Dyspnöe einstellt, ist sofort an die Möglichkeit eines Spannungspneumothorax zu denken und eine Punktion unter Manometerkontrolle vorzunehmen. Ist ein zu hoher Druck in der Pleura konstatiert, ist sofort Gas abzulassen. Nach wiederholten Punktionen kann sich mitunter die Pleura-Lungenfistel schließen oder so erweitern, daß keine Ventilbildung mehr besteht. Wo aber nach jeder Punktion die Dyspnöe rasch wieder eintritt, ist mit Thorakotomie und Drainage nicht zu zögern. *Schumacher* (Zürich).

Piery, M., et B. Le Bourdellès, Les accidents opératoires et les complications du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Die operativen Zufälle und Komplikationen des künstlichen Pneumothorax bei der Behandlung der Lungentuberkulose.) Progr. méd. **41,** S. 4—8. 1913.

Die Anlegung eines Pneumothorax zu therapeutischen Zwecken ist manchmal zweifellos mit gewissen Gefahren verbunden, die jedoch nach Ansicht der Autoren durch Verbesserung der Technik, Präzision der Indikationen und Anwendung im Frühstadium der Erkrankung noch beträchtlich verringert werden können und gegenüber den bemerkenswerten Resultaten des Verfahrens nicht ins Gewicht fallen. Immerhin werden außer Schmerzen, Atemnot und Spannungsgefühl — bei Pleuraadhäsionen oder zu hohem Gasdruck — auch lebensgefährliche Zufälle, die auf Erzeugung eines Stickstoffemphysems oder auf Gasembolie beruhen, beobachtet. Das Emphysem findet sich oberflächlich in der Thoraxwand, kann sich jedoch durch das lockere peripleurale Bindegewebe in das Mediastinum und auf Trachea und Oesophagus erstrecken und bei genügender Ausdehnung die schwersten Kompressionserscheinungen machen. Bei Verletzung der Lunge durch die Punktionsnadel kann der Stickstoff in das Gefäßsystem geraten und die mit Recht gefürchteten Erscheinungen der Gasembolie herbeiführen. Unter diesen finden sich außer vorübergehendem Bewußtseinsverlust, tonischen Krämpfen und schlaffen Lähmungen der Muskeln auch unmittelbar bedrohliche wie plötzliches Erlöschen der Herztätigkeit und Atembeschwerden bis zum Respirationsstillstand. Vorübergehende nervöse Beschwerden durch Vermittlung pleuraler Reflexe lassen sich auf Spasmus der Gehirngefäße mit zeitweiliger Anämie beziehen und haben wenig Bedeutung. Man gibt zweckmäßig vor dem Eingriff Morphin subcutan. Das wichtigste zur Abwehr der genannten üblen Zwischenfälle bleibt eine gute Technik. Als deren Grundlagen gelten: vorsichtige Punktion mit feinen Nadeln, Erhalten des Gasdrucks auf der geringsten unbedingt nötigen Höhe, wiederholte Infusion kleiner Gasmengen (100—300 ccm) bis zum gewünschten Effekt. Die Pleura verhält sich verschieden; während die häufigen Ansammlungen von serofibrinösem Exsudat, das durch Punktion entleert und durch Stickstoff ersetzt wird, die Prognose in der Regel nicht trüben, ist die eitrige Pleuritis, wie sie durch Infektion pleuropulmonalen Ursprunges, Verletzung einer eitrig entzündeten Lungenpartie oder Kavernenruptur entsteht, mit ihren schweren Allgemeinerscheinungen und hohen Temperaturanstiegen weit ernster zu beurteilen. Sie erfordert chirurgische Behandlung. Unter den entfernteren Komplikationen ist eine sehr schwere die frische Erkrankung der anderen Lunge, die bei den akutesten Fällen einseitiger Tuberkulose vermöge der öfters beobachteten Bacillämie zustande kommen kann. Bei den weniger schweren Fällen jedoch verhütet die Collapstherapie der Lunge eher eine Infektion der anderen Seite, und bei doppelseitiger Erkrankung bewirkt der einseitige Eingriff oft auch den Stillstand des Prozesses auf der anderen Seite. Auf die meist terminalen mehrfachen Lokalisationen der Tuberkulose hat jedoch der künstliche Pneumothorax keinen Einfluß. *Fieber* (Wien).

Herzbeutel, Herz:

Anitschkow, N., Experimentelle Untersuchungen über die Neubildung des Granulationsgewebes im Herzmuskel. (*Kais. milit.-med. Akad., St. Petersburg.*) Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. 55, S. 373—415. 1913.

Verf. hat an Kaninchen Entzündungsvorgänge durch Einführung von sterilen mit Celloidin durchtränkten Ligaturen und dicken Fäden aus trockenem Celloidin in den Herzmuskel des linken Ventrikels nach operativer Freilegung des Herzens erzeugt. Die mikroskopischen Untersuchungen des Myokards wurden 2 Stunden bis 375 Tage nach dem Experiment vorgenommen. Verf. liefert in vorliegender Arbeit eine eingehende Zellstudie und gibt zur Bestätigung der Befunde einiger früherer Autoren nur eine genauere Darstellung der im Granulationsgewebe vorkommenden Zellformen. Es gelingt bei den Versuchen nicht, nach experimentellen Verletzungen des Myokards eine Regeneration zugrunde gegangener Muskelfasern zu beobachten. *Glass* (Charlottenburg).

Boehm, C., Zur Kasuistik der Stichverletzungen des Herzens. (*Städt. Krankenh., Schleswig.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 383—386. 1913.

Fall von Bruststich; etwa 3 Stunden nach der Verletzung Operation, Herznaht. Exitus. Verf. vertritt auf Grund der Erfahrungen, welche er bei diesem Fall gemacht hat, den Standpunkt, auch bei diagnostisch unsicheren Fällen, wo selbst die häufigsten Symptome, die der inneren Blutung und der Herztamponade fehlen, eine Freilegung des Herzens vorzunehmen. Als Schnittführung empfiehlt er den Intercostalschnitt mit subperiostaler Resektion angrenzender Rippen und ev. querer Durchtrennung des Brustbeines. Vor dem Versuch, die stark blutende Herzwunde mit einer Klemme zu fassen, wird mit Rücksicht auf die Brüchigkeit des Herzmuskelgewebes eindringlich gewarnt. Zum Schluß weist Verf. auf die Erfahrungstatsache hin, daß eine zweite Wunde an der Hinterfläche des Herzens gar nicht so selten übersehen wird, was auch im vorliegenden Fall trotz ausdrücklicher Revision der Herzhinterfläche den Verblutungstod herbeigeführt hatte. *Haecker* (Königsberg, Pr.).

Kostlivy, Sutura srdce. (Herznaht.) Čas. Lék. česk. **52,** S. 264—265. 1913. (Tschechisch.)

Demonstration eines Falles von mit Erfolg durchgeführter Herznaht bei einem 18 jährigen Manne, der am 11. XII. 1912 um 3 Uhr nachmittags eine Stichverletzung im 3. Intercostalraume 4 cm nach außen von der Mamillarlinie erlitten hat. Starke Blutung nach außen, trotzdem läuft der Junge noch etwa 100 m bis er ohnmächtig zusammenstürzt. 2 Stunden später konstatiert ein Arzt, daß bei jeder Bewegung Blut im Bogen hervorstürzt, Puls klein 120. Provisorische Naht der Wunde. Abgabe ins Krankenhaus. Ankunft um 9 Uhr abends. Puls sehr klein, kaum tastbar, hochgradiger Hämatopneumothorax links. Die Herzdämpfung kaum nachweisbar. Sofortige Operation. Aufklappung eines Weichteil-Rippenlappens mit sternaler Basis. In der linken Pleura großes Blutkoagulum, das Perikard leer; an der vorderen Wand der linken Herzkammer 4 cm über der Herzspitze eine Schnittwunde von $3^1/_2$ cm Länge, korrespondierend mit einer etwas höher gelegenen Wunde der hinteren Kammerwand. Die Lage und der Verlauf der Wunden sprechen dafür, daß das Herz in der Systole vom Stiche getroffen wurde. Geringe Blutung aus den Herzwunden. Auch die Hinterwand des Herzbeutels zeigt eine Durchtrennung, durch welche das Blut frei in die Brusthöhle abfloß, demnach das Perikard leer blieb. Keine Lungenverletzung. Gleich nach der Thoraxöffnung wird beobachtet, daß sich offenbar durch Abnahme des intrathorakalen Drucks die Herztätigkeit bessert. Seidenaht beider Herz- und Herzbeutelwunden. Vollständiger Verschluß der Thoraxwandwunde. Gleich nach der Operation deutliche Besserung des Allgemeinzustandes. Der Verlauf war durch eine rechtsseitige basale Pneumonie und ein linksseitiges Pleuraexsudat kompliziert, welch letzteres die Eröffnung des unteren Pols der Thoraxwunde und Entleerung des Ergusses notwendig machte. Eine knöcherne Verwachsung der Rippen ist derzeit noch nicht eingetreten. Die Herzaktion ist noch beschleunigt, die Herztöne rein. *Pietrzikowski* (Prag).

Bauch und Becken.

Allgemeines:

● **Jacobaeus, H. C., Über Laparo- und Thorakoskopie. Mit einem Geleitwort von L. Brauer.** (*Krankenh. d. Komm. Versorg.-Anst. u. Serafiner-Laz., Stockholm.*) Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. **25,** H. 2. Würzburg, Kabitzsch. 1913. II, 170 S., V Taf. M. 6,—.

Jacobaeus hat die cystoskopische Untersuchungsmethode der Harnblase auf die Peritoneal- und Pleurahöhle ausgedehnt. In vorliegender Monographie berichtet er über seine Erfahrungen, die er mit der Laparo-Thorakoskopie in $1^1/_2$ Jahren gemacht hat. Das Buch zerfällt in zwei Hauptabschnitte, die Laparoskopie und die Thorakoskopie. — Die Laparoskopie führt J. in letzter Zeit mit einem Nitzeschen Cystoskop Nr. 12 aus, zu dem noch ein passender Trokar nötig ist. Bei der Ausführung sind Fälle mit und ohne Ascites wohl zu unterscheiden. Im ersten Falle muß mit dem Trokar der Ascites abgelassen werden, filtrierte oder unfiltrierte Luft wird in der nötigen Menge eingeblasen und dann das Cystoskop durch den Trokar eingeführt, mit dem man nun die Bauchhöhle inspizieren kann. Die Haut wird mit Jodtinktur bepinselt und durch $^1/_2$proz. Novocainlösung anästhesiert. Da die Haut das größte Hindernis bei der Einführung des Trokars bildet, macht J. einen kleinen Hautschnitt.

Das Einblasen von Luft in die Bauchhöhle verursacht keine Beschwerden. Man soll so lange mit dem Einblasen fortfahren, als es der Patient gut verträgt. Das Peritoneum parietale erweist sich bei Berührung mit der Cystoskoplampe als sehr empfindlich. Bei Patienten ohne Ascites ist der Eingriff wegen der Gefahr der Darmverletzung nicht mit direkter Einführung eines groben Trokars möglich. J. sucht sich nach dem Hautschnitt mittels einer stumpfen Punktionsnadel den Weg. Bei Berührung des parietalen Peritoneums wird ein lebhafter Schmerz empfunden. Der Raum in der Bauchhöhle bei asciteslosen Patienten ist oft ziemlich beschränkt, so daß man nur schwer ein Übersichtsbild über Leber oder Eingeweide erhalten kann. Bei mit Ascites verbundenen Krankheiten, bei denen der Ascites abgelassen werden muß, bedeutet die laparoskopische Untersuchung keinen neuen Eingriff. Sollte bei asciteslosen Patienten auch nur in einem geringen Prozentsatz der Fälle eine Darmverletzung vorkommen, so will J. für diese Fälle das Verfahren verwerfen. Die Laparoskopie ist auf die Untersuchung oberflächlich gelegener Teile, besonders der Leber, beschränkt. Infolgedessen ist die Anwendung der Methode nur bei Leberkrankheiten und Peritonitiden und Ascitesformen andrer Ätiologie von Nutzen. Auch die Einwirkung der Therapie kann bis zu gewissem Grade festgestellt werden (Lebercirrhose, tuberkulöse Peritonitis). Die Ausdehnung, in der man die Verbreitung in der Bauchhöhle studieren kann, hängt von der Länge des Cystoskops ab.

J. hat folgende 69 Fälle aus diagnostischen Gründen der Laparoskopie unterworfen: Lebercirrhose 14, Leberkrankheiten mit Picks Krankheitsbild 8, Leberlues 3, Stauungsleber 4, tuberkulöse Peritonitis 6, Bauchgeschwülste 24, Fälle von geringerem Interesse 10. Die Leberveränderungen bei Fällen von Lebercirrhose bereiten einer richtigen Diagnostizierung keine Schwierigkeiten. Dagegen stellt man leicht die Veränderungen des Peritoneums nicht in genügender Weise fest. Auch das Stadium, in der sich die Lebercirrhose befindet, ist nicht leicht zu bestimmen. Die graurote oder fleischrote Farbe der Leber ist in Betracht zu ziehen. Technisch ist die Laparoskopie bei den meist korpulenten Patienten beschwerlich. Die Diagnose auf Picksche Krankheit (perikarditische Pseudolebercirrhose) kann laparoskopisch nur bis zu einem größeren oder geringeren Grade von Wahrscheinlichkeit gestellt werden. In Fällen, in denen der Verlauf der Krankheit und die Symptome mit großer Wahrscheinlichkeit auf diese Krankheit hinwiesen, konnte man auch durch Laparoskopie die Diagnose bestätigen. J. glaubt, daß die Laparoskopie betreffs des Auftretens der perihepatitischen Beläge in den Frühstadien der Krankheit wichtige Aufschlüsse liefert. Bei Leberlues erwies sich die Laparoskopie nur von praktischem Wert in einem Falle, in dem es nicht klar war, ob die Vergrößerung der Leber eine Folge des Alkoholismus oder der luetischen Infektion war. Die Andeutung von Gelapptheit ließ Leberlues mit Recht annehmen. Bei Fällen von Stauungsleber konnte die Laparoskopie zeigen, daß, nach der oberflächlichen Veränderung der Leber zu urteilen, gleichzeitig eine Lebercirrhose nicht vorlag. In 6 Fällen, bei denen die Diagnose Peritonealtuberkulose am nächsten lag, konnte laparoskopisch in sämtlichen Fällen deutlich tuberkelähnliche Knötchen beobachtet werden. Auch betreffs der Ausdehnung der Tuberkulose vermag man zu einer Vorstellung zu kommen. J. empfiehlt bei der Einführung des Trokars vorsichtig zu sein, da Verlötungen zwischen Darm und Peritoneum gerade bei Bauchfelltuberkulose sich oft finden. Bei malignen Bauchtumoren bestehen kaum Zweifel an der richtigen Deutung der Beobachtungen. Krebsmetastasen auf Därmen, Leber und Peritoneum sind nicht schwer zu erkennen. Schwierigkeiten bieten sich bei Metastasen im Omentum, besonders wenn dieses sehr fettreich ist. In Fällen, in denen makroskopisch nicht zu unterscheiden ist, ob krebsartige, tuberkulöse oder luetische Veränderungen vorliegen, ist natürlich auch von der Laparoskopie nichts zu erwarten.

Zur Thorakoskopie bedient sich J. der gleichen Apparate wie zur Laparoskopie. Bei Fällen von Pleuraexsudat wird dasselbe unter gleichzeitigem Ersatz der Flüssigkeit durch Luft abgelassen. Eine gute Anästhesierung der Haut und der Pleura ist der Thorakoskopie vorauszuschicken; letzteres ist besonders wichtig, um das Thorakoskop unbehindert in allen Richtungen bewegen zu können. Ein zu hoher Druck im Thoraxraum ist wegen der Gefahr des Hautemphysems nach der Beendigung der Thorakoskopie zu vermeiden. Als Prädilektionsstelle für den Einstich des Trokars wird der 6. oder 7. Intercostalraum etwas medianwärts von der vorderen Axillarlinie empfohlen. Doch ist eine gewisse Individualisierung nötig; für die beste Stelle gilt die Grenze zwischen Exsudat und normalem Gewebe. Bei der Richtung des Thorakoskops nach oben vermag man meist den ganzen oberen Lungenlappen zu sehen; besonders

ist dies möglich bei Fällen von fast vollständigem Pneumothorax. Bei Besichtigung der parietalen Wand macht sich ein deutlicher Unterschied zwischen Rippeninterstitien und Rippenfeldern bemerkbar. Der Patient wird am besten auf die gesunde Seite mit einem Kissen unter den Brustkorb gelagert. Ist nicht alles Exsudat zu entfernen möglich gewesen, so führt J. einen dünnen Ureterkatheter neben dem Trokar ein, den er mit einem Potainschen Apparat verbindet, um den Exsudatrest auszusaugen. Bei der Thorakoskopie im unteren Bereich des Thorax ist Vorsicht nötig. da Verletzung des Zwerchfells durch das Trokarstilet möglich ist. J. hat zwei solcher Verletzungen erlebt, die ohne Komplikationen verlaufen sind.

J. hat 71 Fälle thorakoskopisch untersucht. Folgende Frage schien ihm von besonderer Wichtigkeit: Ist es möglich, aus den thorakoskopisch gesehenen Veränderungen einen Schluß auf die Natur des Leidens zu ziehen? Ist es möglich, eine tuberkulöse Pleuritis von einer solchen anderer Ätiologie zu unterscheiden? In 11 Fällen, in denen die tuberkulöse Pleuritis durch andere Methoden (Meerschweinchenimpfung, Röntgenbild) nachgewiesen war, zeigte sich thorakoskopisch eine intensive Rötung und Anschwellung der Serosa, wodurch der Unterschied zwischen Rippenfeldern und Rippeninterstitien aufgehoben wurde. Ob man tuberkulöse Knötchen sehen kann, hängt von der Art des Auftretens und der Ausbreitung des Fibrins ab. Jedenfalls ist es J. nicht gelungen, prinzipielle Unterschiede zwischen den verschiedenen Arten von Pleuritiden zu entdecken, da die bei tuberkulösen Pleuritiden nachgewiesenen Veränderungen sich auch bei nicht tuberkulösen Erkrankungen der Pleura zeigten. Bei serösen oder serös-hämorrhagischen Pleuritiden hat sich folgendes ergeben: Die tuberkulösen Formen zeigen eine intensive Rötung der Pleuraflächen meistens mit Aufhebung des Unterschieds zwischen Risrppeneldern und Intercostalräumen und mit Bildung von Fibrinbelägen. In akuten Fällen lassen sich oft grauweiße Knötchen sehen, die als Tuberkel anzusprechen sein dürfteu. Je stärker die Fibrinbeläge werden, um so schwerer ist es, die Knötchen zu erkennen. Die idiopathischen Pleuritiden zeigen im großen und ganzen dasselbe Aussehen. Auch Knötchen kommen vor, die den Tuberkelknötchen sehr ähnlich sind. Bei nicht tuberkulösen Pleuritiden findet sich eine Hyperämie der Pleuraflächen. Der Unterschied zwischen Rippenfeldern und Intercostalräumen ist erhalten; Fibrinbildung ist meist gering; Knötchen finden sich nicht vor. Bei chronischen Pleuritiden liegt das Hauptinteresse bei der Frage nach der Möglichkeit, zwischen Tumormetastasen und chronisch entzündlicher Pleuritis zu nnterscheiden. Bei Empyemfällen war es J. unmöglich für Tuberkulose charakteristische Veränderungen zu entdecken. Zum Schluß wird über Untersuchungen berichtet, die 17 Fälle von artifiziellem Pneumothorax nach Forlanini betreffen. *Kolb* (Heidelberg).

● **Prutz, W., und E. Monnier, Die chirurgischen Krankheiten und die Verletzungen des Darmgekröses und der Netze.** Dtsch. Chirurg. **46k,** Stuttgart, Enke. 1913. LXXI, 406 S. M. 18,—.

Prutz teilt den Stoff, welchen als selbständiges, abgeschlossenes Ganzes niederzuschreiben wahrlich nicht einfach ist, in 11 Kapitel ein. Diese sind: Zur Entwicklungsgeschichte, Anatomische Daten, Die Falten- und Taschenbildungen in Zusammenhang mit der Entwicklung und ihren Störungen, Andere ungewöhnliche Lagen und Gestaltungen, Die Hernien im Netzbeutel, Die Lücken und Spalten des Gekröses und der Netze, Die traumatischen Verletzungen des Gekröses und der Netze, Akute und chronische entzündliche und infektiöse Erkrankungen, Die Netztorsion, Krankheiten der Gefäße, Die Cysten und Geschwülste des Gekröses und der Netze. Das letzte Kapitel hat Monnier zum Verfasser. Das sehr ausführliche, dem Text vorangestellte Literaturverzeichnis ist zur leichteren Benutzung ebenfalls in einzelne Kapitel gegliedert, welche denen des Textes fast entsprechen. Der entwicklungsgeschichtliche Text der P.schen Arbeit fußt auf den Anschauungen Toldts. Die wichtigsten Entwicklungsvorgänge sind die Drehung der Nabelschleife und die Überkreuzung des oberen Fußpunktes der Nabelschleife durch den Dickdarm. Das mediane Dorsalgekröse zerfällt nach P. in 3 Abschnitte, das Mesogastrium und Mesoduodenum, das Mesenterium der Nabelschleife, das Mesenterium des unteren Dickdarms. Das kleine Netz entsteht aus dem ventralen Darmgekröse. Bezüglich der Lehre der inneren Hernien, welche zu beiden Seiten des Drehungszentrums der Nabelschleife (Hernia duodeno-jejunal. sin. et dextr.) und links vom unteren Dickdarmabschnitt (Hernia intersigmoidea) entstehen, weicht P. in manchen Punkten

von Treitz ab. „Die Hernienbildung links von der Nabelschleife wird vorbereitet durch Aufrichtung des Mesocolon descendens, die zu einer Faltenbildung an der vorderen Oberfläche des letzteren führen kann. Diese Falte bildet nach P. erst in Gemeinschaft mit einer sekundären, durch Verschiebung des Bauchfells gegen seine Unterlage entstandenen Bauchfellfalte den Typus der Fossa duodeno-jejunalis Treitz." In der Frage des Verhältnisses der Vena mesent. infer. zur Falte erkennt Verf. feste Beziehungen der Vene zur Falte nicht an. „Wo die Falte sich bildet, das hängt nicht von der Vene und den Varianten ihres Verlaufes ab. Nur wenn die Vene in den freien Rand der Falte kommt, dann wird sie sekundär von Bedeutung für die Form, die die Falte nimmt." Die in chirurgischer Beziehung wichtigsten Lageabweichungen hängen nach P. mit Mängeln der sekundären Fixation der verschiedenen Abschnitte des Gekröses an der hinteren Bauchwand — Mesenterium commune d. i. ausbleibende sekundäre Fixation des Gekröses der Nabelschleife! — oder mit primärer ungewöhnlicher Lagerung des Darmes zusammen. — „Hernien" im Netzbeutel sind nach P. die Hernia foramin. Winslowi und die Hernia bursae omentalis. Ihre Diagnose ist wie die der inneren Hernien vor der Operation nie genau gestellt worden. Sehr instruktiv ist die Zusammenstellung der Differentialdiagnose zwischen der Hernia foraminis Winslowi, der links- und rechtsseitigen Hernia duodeno-jejunalis. Der Hauptunterschied besteht abgesehen von der Lage darin, daß bei ersterer in der Regel kein Bruchsack sichtbar und Dünn- oder Dickdarm betroffen ist, während bei letzterer der Darm in einem Bruchsack liegt und nur der Dünndarm in Betracht kommt. — Die Lücken und Spalten des Gekröses sind nach P. entweder angeboren, liegen dann in der Mehrzahl der Fälle nahe dem untersten Ende des Ileum, im Trevesschen Feld d. i. im Ring der Anastomose der Arter. ileo-colica mit dem letzten Dünndarmast der Art. mesent. super. oder sind traumatisch entstanden (nach subcutaner Bauchkontusion, operativ — Gastroenterostomie, Darmresektion —). Von besonderem Interesse sind die von P. in Zusammenhang mit dem chron. Ulcus ventriculi gebrachten Lücken des Mesocolon transversum. Die gleichzeitige Lücke im kleinen Netz wird auf allmähliche Rarefikation durch die dauernd andrängenden Darmschlingen zurückgeführt. Verf. teilt jedoch auch Lücken an einer oder beiden Stellen ohne Magengeschwür mit. Der häufigste Grund zur Lückenbildung im großen Netz ist der allmähliche Schwund des Gewebes. Die mechan. Vorgänge, die zur Dehnung oder Kompression des Mesenteriums führen, sind nach Prutz Zug, Druck. Schleuderbewegung. Die Verletzungen sind häufig sekundär, der Darm ist der Angriffspunkt der verletzenden Gewalt, das Mesenterium wird sekundär lädiert. Der Autor bespricht dann Art und Form der verletzenden Gewalt, Einflüsse anatomischer und funktioneller Art (Rolle der Wirbelsäule, des Beckens und Bauchdeckenspannung), die verschiedenen Wundformen des Mesenterium speziell auch bei penetrierenden Bauchverletzungen. Weiterhin wird Tierexperiment, Kasuistik, Symptomatologie, Diagnostik, Prognose der Verletzungen erörtert. „Die Blutung mit ihren lokalen und allgemeinen Zeichen ist überhaupt das einzige Frühsymptom einer Mesenterialverletzung. Die positive Diagnose der isolierten Verletzung ist unmöglich." Indiziert ist nach P. im Prinzip unbedingt operative Behandlung, nachdem die Prognose bei spontanem Ablauf der Mesenterialverletzung fast absolut letal, bei rechtzeitigem operativen Eingriff geradezu gut sei. Bei der operativen Behandlung weist Verf. auch auf die Versuche des Ersatzes von Mesenterium durch Netz hin (Einhüllung des gefährdeten Darmes in Netz, freie Netztransplantation — von Lanz, Rosenstein erfolgreich ausgeführt), welche die Darmresektion nicht ersetzen sollen, aber als Notbehelf gelten können. Die isolierten Gefäßverletzungen im Bereich der Radix mesenterii sind sämtlich Stichverletzungen und betrafen ausschließlich die Vena mesenterica super. Eine wirkliche Stammligatur ist nach P. unzulässig. Nach Besprechung der Verletzungen des großen und kleinen Netzes geht

Verf. noch auf die traumatischen Blutungen in den Netzbeutel infolge Verletzungen des Pankreas, der Leber, der Hinterwand des Magens und auf die traumatischen Cysten des großen und kleinen Netzes ein. — Von den entzündlichen Erkrankungen führt P. zunächst die akuten eitrigen Infektionen an. Bei ihnen überwiegt die diffuse eitrige Entzündung. Lokal spielt die Thrombophlebitis und Lymphangitis eine große Rolle. Der Autor betont, daß bei der Perityphilitis die Propagation der Infektion in der Regel durch die Venenwurzeln des Mesenteriolum, beim Typhus gewöhnlich durch die Lymphbahnen des Mesenteriums erfolgt. Die kritische Stelle aller eitrigen Prozesse ist der Ileo-Coecalwinkel. Zeigen Fröste nach der Frühoperation der Appendicitis die weiterbestehende Verschleppung der Infektion an, so empfiehlt P. mit Wilms die Unterbindung der Venen, wozu wendig ist, vom äußeren Rand des Colon ascendens her das Gekrösedelta zwischen Coecum und Dünndarm stumpf von hinten abzulösen und die Arterien vor der Venenunterbindung zu isolieren. Chronische Entzündungen des Mesenteriums werden durch chronischen mechanischen und chemischen Reiz z. B. bei der Koprostase ausgelöst (chronische Mesosigmoiditis!) Um chemischen Reiz bezw. Toxinwirkung handelt es sich nach P. bei den von der Gallenblase ausgehenden Veränderungen. Verf. macht nach der Seite, von der der chronische Entzündungsprozeß beginnt, eine Unterscheidung zwischen Peritonitis chronica mesenterialis und Mesenteritis chronica. Zum Begriff der entzündlichen Geschwülste des Netzes, welche Braun grundlegend dargestellt hat und die vor allem nach Herniotomieen und Radikaloperationen von Hernien auftreten, gehören die Merkmale Infektion, Tumor und chronischer Verlauf. P. schlägt deshalb hierfür die Benennung Epiploitis infectiosa purul. chron. vor. „Bei der operativen Epiploitis als Folgekrankheit nach Ligaturen am Netz handelt es sich um direkte Inokulation. Bei der Epiploitis als Folgekrankheit einer intraabdominellen Eiterung um Kontaktinfektion des — manchmal nur vorübergehend — an der kritischen Stelle entzündlich angebackenen Netzes.“ Die Behandlung der prognostisch günstigen Tumoren soll nach P. womöglich konservativ durchgeführt werden. Die in der Platte des Mesenterium beginnende Tuberkulose betrifft die Lymphdrüsen, die Infektionspforte liegt im Darm. Die Darmschleimhaut selbst ist nicht immer tuberkulös erkrankt. Am häufigsten affiziert sind die Ileocoecaldrüsen. P. bespricht dann ausführlich das Bild eines tuberkulösen Tumors der Ileocoecaldrüsen mit den sekundären Störungen: Appendicitis, Tuberkulose des Darmes und des Peritoneums, Darmstenose. Zur Behandlung empfiehlt Verf. den Versuch der einfachen Laparotomie wie bei der Peritonealtuberkulose. Aktinomykose des Mesenterium ist nicht, Syphilis nur selten beobachtet, dagegen ist die Aktinomykose des großen Netzes infolge Invasion vom Darm her relativ häufig. Bei der Tuberkulose der Netze liegt eine Beteiligung an ausgebreiteten, intraabdominellen tuberkulösen Prozessen anderer Lokalisation vor. „Das eigentliche Gebiet der Netztuberkulose ist die tuberkulöse Peritonitis.“ — Die Netztorsion will P. in eine solche mit und ohne Hernie geschieden wissen. Die wesentliche Bedeutung der Hernie liegt in den Strukturveränderungen, welche sie am Netz als Bruchinhalt veranlaße, auch chronische peritonitische Prozesse könnten das Netz in gleichen Sinn verändern. Das Netz werde klumpig. Der von Payr experimentell begründeten „hämodynamischen“ Theorie stimmt Verf. nicht zu, nach ihm werden die Venen blutüberfüllt, weil sie, wie das ganze Netz, gedreht sind, nicht die Füllung der Venen drehe das Netz. Dagegen sind nach P. mechanische innere und äußere Einflüsse, wie auch Payr hervorgehoben hat, maßgebend, besonders Bewegungen der Bauchwand. Klinisch hält Verf. die plötzliche Irreponibilität bzw. Incarceration der meist rechtsseitigen Leistenhernie für ein Zeichen der schon eingetretenen Torsion. „Wie in den Fällen mit Hernie deren Incarceration, spielt in denen ohne Hernie die Appendicitis die wesentlichste Rolle im Bild und daher auch in der Diagnose.“ Die Aneurysmen in den Bezirken der 3 großen Arterien,

die im medianen Dorsalgekröse zum Magendarmkanal treten, gehören zu den seltensten Aneurysmen. Ätiologisch sind sie Repräsentanten des mykotischen embolischen Aneurysmas (Eppinger). Der Tumor wächst „stoßweise", der Ausgang ist meist Verblutung. Bei der Embolie und Thrombose behandelt P. speziell die Fragen des anämischen Infarkts und der Aussichten der operativen Behandlung. P. vertritt die Ansicht, daß für den anämischen Infarkt, der gleichzeitige Verschluß von Arterien und Venen nicht Bedingung sei, wie Sprengel meint. Die Diagnose ist sehr schwierig, der von Matthes besonders bewertete hohe Puls, welcher plötzlich einsetze, treffe auf andere akute abdominale Erkrankungen auch zu. Auch die Feststellung einer vorausgegangenen, eventuell nur einmaligen geringen Blutbeimengung zum Stuhl lasse sich später oft nicht sichern. Am Objekt liegt es, daß der Chirurgie nur Zufallserfolge beschieden seien. Die Mesenterialcysten gruppiert Monnier nach den anatomischen Verhältnissen der Wand und nach der Genese, nicht nach dem Inhalt in Cysten lymphatischen Ursprungs (Lymphangiome, Chylangiome), Blutcysten, deren Inhalt sekundär blutig geworden ist, Echinokokkuscysten, Enterocystome (Cysten intestinalen Ursprungs, deren Wand analog der Darmwand ist), Dermoidcysten (echte Dermoide, fötale Inklusionen, teratoide Mischgeschwülste) und Cysten von abgesprengten Keimen des Urogenitaltraktus (Ovarium, Wolffscher Körper, Müllersche Gänge). Die soliden Geschwülste des Mesenterium teilt Monnier in die Lipome, Fibrome, Sarkome und Carcinome ein. Cysten finden sich am häufigsten im Bereich des Ileum, die regulären Symptome sind Kompression des Darmes und der Gefäße. Therapeutisch kommen Einnähung (Marsupialisation) und Enucleation in Frage. Sarkome haben ihren Ausgang entweder vom subserösen Bindegewebe oder von Lymphdrüsen, Carcinome vom Endothel der Lymphdrüsen und Lymphgefäße (Endothelcarcinom). Die Cysten und Geschwülste des Netzes besitzen eine Ähnlichkeit mit denen des Mesenterium. Monnier teilt sie in Netzcysten lymphatischen und traumatischen Ursprungs, Echinokokkuscysten, Dermoidcysten einerseits, Lipome, Fibrome, Sarkome, Carcinome andrerseits. Für jeden, der sich über spezielle Fragen der Chirurgie des Gekröses und der Netze gut orientieren will, ist die Arbeit von Prutz und Monnier eine Fundgrube des Wissenswerten. *Gebele* (München).

Brennecke, H. A., Meckel's diverticulum and complications. (Das Meckelsche Divertikel und seine Komplikationen.) Surgery, gynecol. a. obstetr. **16**, S. 200—203. 1913.

Das Meckelsche Divertikel ist von solcher Häufigkeit und Bedeutung, daß auf sein Vorhandensein in jedem Fall von Darmobstruktion gefahndet werden sollte. Entwicklungsgeschichte, Vorkommen und Beschaffenheit werden kurz besprochen und die besonderen ursächlichen Beziehungen zu verschiedenen Formen des Darmverschlusses gezeigt, denen es eine operative Mortalität von fast 60% verleiht. Seine Entzündung führt leicht zu Verwechslung mit Appendicitis, als veranlassendes Moment spielt es besonders bei der Darminvagination eine Rolle. Die klinischen Erscheinungen werden unter Anführung von 5 eigenen Operationsfällen beschrieben, unter denen dreimal eine ausgedehnte durch Volvulus oder Invagination veranlaßte Darmresektion erforderlich war (2 Todesfälle), während einmal Entzündung des Divertikels, ein anderes Mal Darmknickung durch dasselbe in blutgefülltem Zustand vorlag (beide geheilt). *Fieber* (Wien).

Gaulejac, Henri de, Du rôle de la toxicité des sécrétions glandulaires dans la physiologie pathologique de l'occlusion intestinale. (Über die Rolle der Toxizität der Drüsensekretion in der krankhaften Physiologie des Darmverschlusses.) Presse méd. **21**, S. 178—179. 1913.

Gaulejac stellte bei einem 20jährigen, kräftigen Mann als Ursache für eine chronische Obstipation eine linksseitige Hydronephrose fest. Er machte die transperitoneale Nephrektomie, die glatt verlief. Eine Stunde darnach bekam der Operierte heftige Schmerzen in der Magengegend. „Der Magen wurde ihm herausgerissen". Am Abend schwanden die Beschwerden, die Temperatur stieg auf 38°, der Puls auf 85°. Die Temperatur ging weiter höher, ebenso die

Pulszahl. 36 Stunden nach der Operation Tod mit einem Pulse von 120 und einer Temperatur von 40°. Während des Lebens außer einem einmaligen Erbrechen geringen Schleimes keine abdominalen Symptome. Die Sektion ergab: Geringe Erweiterung des Magens und mannsfaustgroße Aufblähung des Duodenums im proximalen Dreiviertel, keine Zeichen einer Bauchfellentzündung. Verf. glaubt, daß die Lähmung des Darmes Folge der Resorption der Sekrete der Leber, des Pankreas und der Darmdrüsen sei. *Simon* (Breisach).

Pélissier, Georges, Le masque ecchymotique par compression abdomino-thoracique. (Gesichtsverfärbung durch Stauung und Blutaustritt bei Kompression der Bauch- und Brustgegend.) Prov. méd. **26,** S. 77—79. **1913.**

Die in Rede stehende eigenartige Veränderung ist im allgemeinen Folge eines plötzlichen Zusammendrückens von Brust und Bauch und kann passiv durch gewaltsame Quetschung oder aktiv bei heftiger Anstrengung des Individuums hervorgerufen werden. Sie macht sich sofort in einer bestimmten Färbung und an gewissen Stellen bemerkbar und betrifft entweder als masque en lunette (Lejars) die Umgebung der Augen, oder Kopf und Hals im ganzen bis zur Höhe des Kragens herab. Das Gesicht ist gedunsen und von seinem violetten Ton heben sich hämorrhagische Pünktchen und Flecke ab; die vorgetriebenen Augen weisen subconjunctivale und Netzhautblutungen auf, während Bluterguß aus Nase und Ohr selten ist. Die Entstehung der Verfärbung ist strittig; während eine mechanische Theorie sie durch Behinderung des venösen Rückflusses zu erklären sucht, wird auch Asphyxie als Ursache herangezogen. Nach Ansicht des Verf. kann zwar eine Kompression des Thorax unter gewissen Bedingungen die „maskenartige" Verfärbung auf mechanische Weise allein hervorbringen; wenn die Druckverhältnisse jedoch länger andauern, so gesellt sich der Effekt der verschiedenen Grade von Asphyxie hinzu. In zwei Fällen hat Verf. das plötzliche Auftreten des charakteristischen Kolorits und sein allmähliches Verschwinden beobachtet. 1. Kompression von Brust und Bauch durch ein umgestürztes Automobil bei hochgezogenen Knien, Bruch der Wirbelsäule, Tod an dessen Folgen. 2. Quetschung des Oberkörpers duch einen Kran, Bruch des Schulterblatts, Heilung. *Fieber* (Wien).

Diwald, Karl, Schußverletzung des Abdomens mit Browningpistole. Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 633—634. 1913.

5fache Verletzung des Dünndarms, Durchbohrung der seitlichen Wand des schwangeren Uterus und Durchbohrung der Blase. Darmresektion, Naht der übrigen Wunden. Glatte Heilung. Abort nach 12 Tagen. Embryo nicht verletzt, dagegen an der Placenta 2 nekrotische Stellen. *Wiemann* (Flensburg).

Verhoogen, J., Des incisions transversales de l'abdomen. (Der quere Bauchschnitt.) Journal de chirurg. **13** et ann. de la soc. belge de chirurg. **21,** S. 12—20. **1913.**

Nach einer kurzen historischen Einleitung über den queren Bauchschnitt wird die Richtigkeit desselben in anatomischer und physiologischer Beziehung klargelegt, zugleich darauf hingewiesen, daß es durch mangelhafte Vereinigung der quer durchtrennten Recti besonders unterhalb des Nabels leicht zu schweren Schädigungen kommen kann. Der Pfannenstielschnitt entspricht fast allen Bedingungen, nur gibt er manchmal bei Operationen im kleinen Becken nicht genügende Übersicht. Bei Appendixoperationen bedient sich Verf. mit Vorteil eines kleinen Querschnittes in der Höhe des Darmbeinstachels, bei Nabelhernien wird der Querschnitt nach Kocher empfohlen. Für Operationen an der Niere der Schnitt nach Pean, der in Nabelhöhe vom äußeren Rand des Rectus bis zur Lumbalmuskulatur die Bauchmuskeln, ev. auch das Peritoneum durchtrennt. Bei Operationen am Gallensystem bedient sich der Autor meist des Schnittes nach Kocher entlang dem Rippenbogen, der Schnitt nach Kehr gibt keine gute Narbe und führt, wenn drainiert werden muß, fast immer zu Bauchbrüchen. Auch für Magenoperationen empfiehlt Verhoogen den queren Bauchschnitt, sei es, daß nur der eine Rectus durchtrennt und der andere beiseite geschoben wird, sei es, daß beide durchschnitten werden. Der Schnitt gewährt gute Übersicht, die Naht der Bauchdecken nach Sprengel ist leicht durchzuführen. *Salzer* (Wien).

Gergö, Emerich, Subcutanes Emphysem nach Laparotomien. (*I. chirurg. Klin., Univ. Budapest.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 231—255. **1913.**

Mitteilung zweier Fälle obiger postoperativer Komplikation.

Der 1. betrifft einen 50jährigen Mann, bei dem am 7. Tage nach Gastroenterostomie wegen narbiger Pylorusstenose auf beiden Seiten der Narbe ein sich langsam ausbreitendes

Hautemphysem auftrat (Temp. bis 37,7°), das 12 Tage anhielt. Der 2. Fall betrifft einen 17 jährigen jungen Mann; hier stellte sich das Emphysem am 3. Tage nach der Operation einer traumatischen Hydrocele communicans bei einer Temperatur von 40,8° ein. Nach Erörterung der Entstehungsmöglichkeiten entscheidet sich Gergö für die Ätiologie durch anaërobe Bakterien, obwohl eine bakteriologische Untersuchung nicht stattgefunden hat. Die Arbeit bringt dann eine eingehende Zusammenfassung aller bisher beobachteten Ursachen für die Entstehung des subcutanen Emphysems unter Zitierung (ohne Literaturangabe) der Autoren, die über die einzelnen Arten gearbeitet haben. *Thiemann* (Jena).

Skeel, Roland E., The selection of the anesthetic for abdominal and pelvic surgery. (Die Auswahl des Anästhetikums bei Bauch- und Beckenoperationen.) Americ. journal of obstetr. **67**, S. 103—110. 1913.

Verf. berichtet über seine Erfahrungen, die er an 1120 Operationen gesammelt hat. Von 731 Laparotomien wurden 582 mit Äther, 128 mit Stickoxydulsauerstoff, 19 in Lokalanästhesie und 2 in Chloroformnarkose ausgeführt. Äther wurde vor allem gewählt, wenn Eile nottat, bei der Wahl des Stickoxyduls sprachen verschiedene Gründe mit. Die Hauptsache ist, daß man bei diesem gar nicht so ungefährlichen Mittel — in der Diskussion werden wieder zwei nicht veröffentlichte Todesfälle erwähnt! — einen erfahrenen und geschickten Narkotiseur hat. Das Maximum an Sicherheit und das Minimum an Gefahren bietet eine Äther-Stickoxydul-Sauerstoffnarkose. *Kulenkampff* (Zwickau).

Pilcher, James Taft, Postoperative gastro-enterische Parese. Arch. f. Verdauungs-Krankh. **19**, S. 69—78. 1913.

Die akute Magenerweiterung ist nicht ausschließlich die Folge operativer Eingriffe, sondern kann auch nach infektiösen Erkrankungen und Verletzungen des Zentralnervensystems auftreten. Auch Exzesse im Essen und Trinken spielen gelegentlich eine ätiologische Rolle. Die akute Magenerweiterung ist nur eine Teilerscheinung der allgemeinen Lähmung des Digestionsapparates. Werden die Prodromalsymptome richtig gedeutet und nicht auf die Narkose an sich zurückgeführt, so wird eine rechtzeitig eingeleitete Therapie, bei der gründliche Magenspülungen die Hauptrolle spielen, Vortreffliches leisten. So hatte Verf. unter 60 persönlich beobachteten Fällen nur eine Mortalität von 5%. Dagegen geben nicht behandelte oder von neuem operativ behandelte Fälle eine absolut schlechte Prognose. *Schreuer* (Charlottenburg).[M]

Sackur, Paul, Experimentelle und klinische Beiträge zur Kenntnis der Hormonalwirkung. Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 401—404. 1913.

Sackur hatte bereits das Zuelzersche Peristaltikhormon, das ihm nach den bisherigen Berichten geeignet schien, die Peristaltik im paretischen Darm anzuregen, in 4 Fällen, darunter dreimal mit gutem Erfolg angewandt, als in der Literatur dringende Warnungen vor der Anwendung dieses Mittels laut wurden. Zwar die Peristaltik anregende Wirkung wurde überall zugegeben, jedoch war von Nebenerscheinungen leichterer und schwererer Art die Rede, ja sogar Todesfälle wurden dem Mittel zur Last gelegt. Experimentalarbeiten erschienen, die den Beweis lieferten, daß das Hormonal überhaupt keine die Peristaltik anregende Wirkung besäße und daß die beobachteten Nebenwirkungen eine Folge der durch das Mittel hervorgerufenen starken Blutdrucksenkung wären. Auch Zuelzer selbst gab dann zu, daß das Mittel mit einer schädlichen Beimengung in Gestalt von Albumose behaftet wäre; er stellte deswegen ein verbessertes Hormonal her, das er als ungefährlich bezeichnete. — Obgleich S. bei seinen obigen 4 Fällen nie die genannten Nebenwirkungen gesehen hatte, nahm er doch fürs erste von der Verwendung des Hormonals Abstand, ging aber sofort an eine experimentelle Prüfung des „verbesserten Hormonals" heran, um womöglich die Ausschaltung eines für die Behandlung von Ileus — in der Hauptsache des postoperativen — begehrenswerten Präparates zu verhindern. Er fand nun, daß bei langsamer Injektion selbst größerer Dosen keine erhebliche Alteration des Blutdrucks eintrat; Kaninchen zeigten sich noch unempfindlicher als Hunde und Katzen. Während jedoch bei ersteren sogleich eine deutliche Beschleunigung der Peristaltik beobachtet wurde, blieb dieselbe bei Hunden und Katzen aus. — Nachdem S. hiermit die Hinfälligkeit der von anderer Seite behaupteten Blutdrucksenkung bewiesen hatte, wandte er das neue Hormonal wiederum an (9 Fälle), und zwar mit gutem Erfolg. Näheres wird er publizieren, sobald seine Beobachtungen zahlreicher geworden sind. Er kommt zu dem Schluß, daß das verbesserte Hormonal intravenös und langsam injiziert die Peristaltik fördert und gefährliche Blutdrucksenkung nicht auslöst, daß das Mittel geeignet ist für paralytischen Ileus, postoperative Darmparese und einfache Darmatonie, während es bei spastischer Obstipation und mechanischem Ileus naturgemäß wirkungslos bleibt, hier aber dann differentialdiagnostisch von Wert ist; weitere Erfahrungen haben zu entscheiden,

ob in schwierigen Fällen eine Wirkung erzielt werden kann durch Erhöhung der Einzeldosis (auf 30—40 ccm) oder durch wiederholte Injektionen der mittleren Dosis. *Knoke* (Wilhelmshaven).

Dupont, Robert, Le drainage du tube digestif dans le traitement de l'iléus péritonitique. (Die Drainage des Verdauungskanals zur Behandlung des peritonitischen Ileus.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. **2**, S. 57—81. **1913.**

Die akute eitrige Peritonitis geht einerseits mit allgemeinen Intoxikationserscheinungen einher, andererseits mit lokalen Erscheinungen, unter welchen letzteren der durch die Entzündung der Serosa entstandene paralytische Ileus im Vordergrunde steht, dessen rechtseitige Bekämpfung das Leben häufig retten kann. Der große putride Absceß, welchen der mit stagnierendem, infiziertem Darmgehalt und Gasen gefüllte Darm bildet, muß ebenso drainiert werden wie jede beliebige Absceßhöhle. Die Enterostomie soll je eher gemacht werden, spätestens am 2.—3. Tage nach Beginn der ersten Okklusionserscheinungen. Die Fistel soll prinzipiell über der paralytischen Darmschlinge angelegt werden, in praxi jedoch an der ersten zu Gesichte kommenden geblähten Dünndarmschlinge. Die Operation wird in Novocain-Lokalanästhesie ausgeführt. Die Fistelöffnungen schließen sich in 50% nach 7—8 Wochen spontan. Als relative Indikation erwähnt noch Dupont die Ernährung des Patienten und Einbringen von Kochsalzlösung durch die Fistelöffnung bei Peritonitis. (Literatur.)
Holzwarth (Budapest).

Dobbertin, Die direkte Dauerdrainage des chronischen Ascites durch die Vena saphena in die Blutbahn. (*Königin Elisabeth-Hosp., Berlin-Oberschöneweide.*) Arch. f. klin. Chirurg. **100**, S. 1121—1128. 1913.

Analog der Payerschen Ableitung des chronischen Hydrocephalus direkt in den Sinus longitudinalis will Dobbertin die Ascitesflüssigkeit direkt durch die Saphena in die Vena femoralis ableiten. Er ging zuerst so vor, daß er von einem Längsschnitt aus die Saphena freilegte, sie zeigefingerlang unterhalb ihrer Einmündung nach Ligatur des peripheren Stumpfes durchschnitt und von der Unterlage loslöste. Von einem zweiten kleinen Schnitt aus wird das Peritoneum dicht oberhalb des Leistenringes freigelegt. Mit einer von dieser Wunde aus subcutan durchgeführten Kornzange wird das freie Saphenaende nach oben geholt. Zur Erweiterung ihres Lumens wird die Vene 2 cm weit längsgeschlitzt und dementsprechend wird durch das Peritoneum ein nach außen unten spitzes Läppchen geschnitten, das man median umschlägt und mit seiner Spitze fixiert. Dadurch wird das Offenbleiben des Peritonealloches garantiert. In dieses Loch wird die Saphena eingenäht. Da bereits in der Vena iliaca externa ein negativer Druck herrscht, fließt kein Blut rückläufig in den Bauch, was außerdem durch die jetzt in der Stromrichtung des abfließenden Asciteswassers liegenden Venenklappen der Vena saphena verhindert wird. Begünstigend für das Abfließen wirkt neben der eigenen Schwere der Flüssigkeit die Bauchpresse. Die Venenwand wird durch die Ascitesflüssigkeit nicht geschädigt. Neuerdings hat D. das Verfahren dahin modifiziert, daß er nach Freilegung der Vena saphena eine Lücke in das Leistenband schneidet und dann durch Vorholen eines Peritonealzipfels gewissermaßen einen künstlichen Schenkelbruch erzeugt. Die Vene wird wieder weitgeschlitzt und dann mit dem Peritoneumzipfel vernäht. Die Abflußbedingungen sollen dadurch noch günstigere werden. *v. Tappeiner* (Greifswald).

Planelles, J., Procedimiento operatorio para evitar la recidiva en la hidropesia ascitis. (Operative Methode um das Recidivieren von serösen Ergüssen in der Bauchhöhle zu verhüten.) La cronica médica **25**, S. 53—54. 1913. (Spanisch.)

Bei Fällen von Ascites, wo trotz wiederholter Punktionen immer wieder große seröse Ergüsse auftreten, empfiehlt Verf. folgendes Verfahren, das er in zwei Fällen mit gutem Erfolg angewendet hat.

Mit einer großen, gebogenen, mit mitteldicker Seide armierten Nadel wird in den Abdomen hineingestochen, bis man das Gefühl hat, daß sich die Spitze der Nadel in der freien Bauchhöhle befindet, worauf wieder ausgestochen wird. Die Fäden werden unmittelbar über der Haut abgeschnitten und die Seide wird vollständig in das Unterhautzellgewebe versenkt, indem man die Haut in der Umgebung der Stichöffnungen in Falten abhebt. Verf. nimmt an, daß durch die Seide ein fortwährendes Abfließen der Ascitesflüssigkeit in das Unterhautzellgewebe erfolgt. *Lazarraga* (Marburg a. L.).

Bauchfell:

Daels, Frans, Über die Wirkung des Elektrargols. Clin. Zentralbl. f. Gynaekol. 37, S. 329—334. 1913.

Das isotonische elektrokolloidale Silber, intraperitoneal oder intravenös appliziert, hat im Tierversuch bei sehr virulenten peritonealen Infektionen keine Beeinflussung der tötlichen Erkrankung im therapeutischen Sinn erkennen lassen; im Gegenteil: die Widerstandskraft des Tieres wird, wenigstens für einige Zeit, herabgesetzt, eine Beobachtung, die übrigens bei zahlreichen, therapeutisch sehr wertvollen Mitteln auffällt, so bei den aktiven Immunisierungsverfahren, deren erste Wirkung in einer — vorübergehenden — Schwächung der Widerstandskraft besteht. Handelt es sich aber um weniger virulente Bakterien, so entfaltet das Elektrargol eine unverkennbare Heilwirkung, die so weit geht, daß das Tier auch tötliche Dosen verträgt. Über die Wirkungsart des Elektrargols im genaueren haben die Versuche dahin aufgeklärt, daß ihm keine praktisch verwertbare keimtötende Kraft innewohnt (eine in dieser Richtung wirksame Konzentration von 20% läßt sich im Blute nicht erreichen), sondern daß hier seine antitoxische Eigenschaft zur Geltung kommt; außerdem beeinflußt es die Zahl der Leukocyten, meist im Sinne einer Vermehrung. Injektionen größerer Mengen von Elektrargol, in längeren Zwischenpausen gegeben, zeigten sich wirksamer als öfter wiederholte kleinere Dosen. Die Erfahrungen des Tierexperimentes haben sich am Krankenbett bestätigt und in einer größeren Anzahl teilweise sehr schwerer Fälle bewährt. *Genewein* (München).

Danielsen, Wilhelm, Allgemeine eitrige Peritonitis durch Bandwurm. (*Chirurg. Klin., Beuthen.*) Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 411. 1913.

Bericht über einen Fall von allgemeiner eitriger Peritonitis nach Darmperforation mit einem in der freien Bauchhöhle befindlichen Bandwurm, dessen Kopf in die rechte Tube, neben welcher eine Ovarialcyste bestand, eingedrungen war. Die Erklärung für diesen Befund sucht Danielsen in einer 2 Jahre vorher durchgemachten Oophoritis und Salpingitis, als deren Folge es zu einer Verklebung zwischen Fimbrien und Darm mit Perforation des Eiters in den Darm gekommen ist. Durch diese Perforationsstelle ist der Bandwurm in die Tube hineingekrochen. Als die Salpingitis zufolge des guten Abflusses ausheilte, lockerte sich die Verklebung zwischen Fimbrie und Darm und löste sich unter der Einwirkung der Bandwurmbewegung. Der Rest des Bandwurms trat aus der Darmperforation in die freie Bauchhöhle und bewirkte dort zugleich mit dem ausgetretenen Darminhalt die Peritonitis. Eine Durchbohrung der gesunden Darmwand durch den Bandwurm ist nicht anzunehmen. *Alfred Lindemann.*[M]

Hernien:

Friedman, Louis, Hernia adiposa, fat hernia, Fettbruch, hernie graisseuse. Ann. of surg. 57, S. 204—209. 1913.

Friedman kommt zum Schlusse, daß Fettbrüche ohne einem wirklichem Bruchsack selten vorkommen, daß sie infolge der Hypertrophie des präperitonealen Fettes entstehen und durch Zerrung des Bauchfells zu einem wirklichen Bruche führen können und daß die Unterscheidung dieser Brüche von irreponiblen Netzbrüchen schwierig sein kann; in einem mitgeteiltem Falle wurde ein incarcerierter Fettlappen des Inguinalkanales für einen entzündeten Netzbruch gehalten. *Pólya* (Budapest).

Witzel, O., Allgemeines über Bruchbehandlung und Besonderes über den Riesenbruch (Hernia permagna). Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 516—521. 1913.

Witzel tritt in seinen Ausführungen für das Unterlassen der trotz der bekannten hohen Gefährlichkeit immer noch von so vielen Ärzten geübten Taxis bei der Brucheinklemmung und für ihre rasche operative Beseitigung, der meist die Radikaloperation angeschlossen werden kann, ein und empfiehlt das von ihm in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1904, Nr. 8, beschriebene Verfahren der Laparoherniotomie. Aber auch die Behandlung des freien Bruches mit dem Bruchbande verwirft er und weist nach, daß bei der Behandlung der Brüche mit dem Bruchbande die Gefahr heute in summa größer ist als bei radikaler Operation. Selbst den Riesenbruch empfiehlt er nach mehrwöchiger sorgfältiger Vorbereitung der Patienten radikal zu operieren und gibt eine ausführliche Beschreibung der Vorbereitung und der Operationstechnik bei einer in vierfacher Kopfgröße bis unter die Knie herabreichenden von ihm operierten Umbilikalhernie. Als Gegenanzeigen für die radikale Operation der Brüche überhaupt läßt W. „nur Störungen des übrigen Körpers, die ein Operieren bis zu ihrer Beseitigung oder überhaupt nicht zulassen", gelten. *Reinhardt* (Sternberg in Mähren).

Krymow, A. P., Coopersche Hernie. (*Militärheilanst., Moskau.*) Chirurgia **33**, S. 23—29. 1913. (Russisch.)

Verf. beschreibt einen Fall von sog. Cooperscher Hernie, wo es sich um die seltene Abart des Leistenbruchs handelt, welche 2 ineinanderliegende Bruchsäcke aufweist. Bei

dem 23jährigen Patienten ergab die Operation folgendes: nach Eröffnung des Bruchsackes entleerten sich 35,0 seröser Flüssigkeit. Dieser überall gleich breite Sack erwies sich als offener Processus vaginalis peritonei, am Boden befand sich der Hoden. In diesem Sack befand sich ein zweiter, welcher am oberen Ende mit dem ersten Sack eng verwachsen ist. Der innere Sack konnte wie ein Handschuhfinger ausgestülpt werden. Die Länge des inneren Sackes betrug 7 cm, des äußeren 13 cm. Nach Unterbindung und Abschneidung des Bruchsackes wurde der Leistenkanal nach Lucas-Championière zugenäht. Die mikroskopische Untersuchung beider Säcke ergab, daß der innere Sack auf beiden Seiten endothelialen Überzug hatte, der äußere nur auf der Innenseite.

Die Deutungen dieser Brüche und die Theorien ihrer Entstehung sind verschieden. Die Theorie von Dupuytren, Kocher und Selcke, welche diese Brüche mit Hydrocele in Zusammenhang bringen, erklärt nicht alle Fälle. Verf. glaubt, daß es sich hier um Anomalien in der Entwicklung des Processus vaginalis peritonei handelt, und um Unregelmäßigkeiten seines Verwachsens und seiner Verödung, es können dann gewisse Einstülpungen zustande kommen, die zu der Bildung einer Cooperschen Hernie führen. Die Diagnose eines solchen Bruches vor der Operation ist nur in seltenen Fällen möglich, und zwar dann, wenn der äußere Sack Flüssigkeit enthält. *Schaack.*

Bernstein, Paul, Zur Kasuistik der Hernien. (*Anat. Inst., Univ. Berlin.*) Arch. f. klin. Chirurg. **100**, S. 1094—1120. 1913.

Bernstein hat das gesamte Leichenmaterial der Berliner Anatomischen Anstalt während der Wintersemester 1910/11 und 1911/12 bezüglich der Hernienbildung untersucht, um eine Stütze für die von W. Koch, von Bergmann und Waldeyer vertretene Ansicht zu bekommen, daß jede Hernie anatomisch prädisponiert sei. B. hat bei 279 untersuchten Leichen in 25,8% der Fälle Bruch oder Bruchanlagen feststellen können. Die Häufigkeit der Hernie des Mannes verhält sich zu der des Weibes wie $2^3/_4$: 1; das Verhältnis der mehrfachen Brüche zu den einfachen beim Mann $2^1/_2$: 1, beim Weib $9^1/_2$: 1. Die Theorie, daß der Druck der Bauchpresse die Entstehung des Bruches verursache, ist heute wohl überwunden. Auch bietet die Erklärung, daß zum Druck der Bauchpresse noch eine fehlerhafte Befestigung und Lagerung der Eingeweide kommen soll, keine hinreichende Stütze für die Bruchgenese. Roser hat die Ansicht aufgestellt, daß der Bruchsack als primär angenommen werden muß. Das Vortreten der Eingeweide folgt erst sekundär. Linhart erklärt sich die Bildung des Bruchsacks durch Ausstülpung des Peritoneums. Meist seien es präperitoneale Lipome, die vorgetrieben das Bauchfell nach sich zögen. B. spricht sich gegen Linharts Theorie aus, da er bei seinen 279 Fällen nur 6 Fälle mit präperitonealen Lipomen fand. Aus der auffallenden Häufigkeit mehrfacher Bruchsackanlagen und Bruchsäcke bei demselben Individuum (bei 19,4% der Leichen im Gegensatz zu 6,4% mit einfacher Hernie) schließt er, daß für das Zustandekommen einer Hernie eine anatomische Prädisposition besteht, die sich auf entwicklungsgeschichtliche Vorgänge zurückführen läßt. *Kolb* (Heidelberg).

Ingebrigtsen, Ragnvald, Ergebnisse von 295, in der Zeit 1900—1909 operativ behandelten Leisten- und Schenkelbrüchen. (*Städt. Krankenh., Stavanger, Norwegen.*) Nord. med. Ark., Kirurgi **45**, H. 3, 5. 1913.

Von den 295 Hernien waren 222 frei und 73 incarceriert. Die Verteilung hinsichtlich der Geschlechter war so, daß 172 freie und 24 incarcerierte Leistenbrüche sowie 10 freie und 9 incarcerierte Schenkelbrüche Männer betrafen, während 22 freie und 1 incarcerierter Leistenbruch sowie 18 freie und 49 incarcerierte Schenkelbrüche auf Frauen kamen. Die Indikation zur Operation wird weit gestellt; vom 4.—6. Lebensmonat an bis zu einem Alter von ungefähr 70 Jahren wird immer operiert, wenn nicht durch die Befürchtung postoperativer Komplikationen bei bestehender Erkrankung lebenswichtiger Organe eine Kontraindikation gegeben ist. Operiert wurde fast nur nach dem Verfahren von Bassini; 27 mal nach Kocher. Die tiefen Bassininähte bestehen ausschließlich aus Silberkautschukseide, früher wurde noch Silber- und Aluminiumbroncedraht verwandt. In der Regel wird in Lokalanästhesie operiert, nur bei Kindern wird Äther gegeben, ebenso wird bei nervösen Personen und wenn es sich um doppelseitige große Hernien handelt, Scopolaminmorphinäthernarkose angewandt. 8 von 222 freien Brüchen heilten nicht primär. Von wesentlichen postoperativen Komplikationen wurde einmal eine beginnende Thrombose beider Cruralvenen, zweimal Bronchitis und Pneumonie beobachtet. 167 Fälle konnten nachuntersucht werden: 3 Rezidive, die alle 3 Leistenbrüche, operiert nach Bassini, betrafen. Bei den 73 eingeklemmten Brüchen fand sich 11 mal Darmgangrän mit 15 Todesfällen. *v. Tappeiner* (Greifswald).

Ehler, Ferd., Príspěvky ku herniologii tříselné. (Beiträge zur Herniologie des Leistenbruchs.) (*Allg. Krankenhaus zu Pilgram.*) Časopis česk. lékařův Praze **52**, Nr. 1, 2, 3. 1913. (Tschechisch).

In vier längeren Aufsätzen werden die Erfahrungen mitgeteilt, welche bei Operati-

onen des freien Leistenbruches in den letzten 8 Jahren gesammelt wurden. 1. Vorerst wurden die verschiedenen Befunde bezüglich der „Beschaffenheit des Bruchsackes und seiner Divertikel" im Einzelnen besprochen und die verschiedenen Stigmata für die Unterscheidung eines angeborenen und erworbenen Bruchsacks kritisch untersucht. Trotz genauester Beachtung aller anatomischen Charaktere, welche für die Erkennung des angeborenen Bruchsacks geltend gemacht werden, ist die Frage über die sichere Entscheidung zwischen einem angeborenen und erworbenen Bruchsack trotzdem nicht immer möglich. Außer den von seiten verschiedener Autoren hierfür angegebenen Kriterien wird als bislang in der Literatur nicht angeführtes Merkmal hervorgehoben, daß beim angeborenen Bruchsacke dieser in einer Ebene mit der tunica vaginalis propria gleichsam als ursprüngliche Fortsetzung liegt, beim erworbenen Bruchsacke aber auf der entgegengesetzten Seite liegen kann. An einzelnen Eigenbeobachtungen konnte dieses Symptom bei jungen engen Bruchsäcken deutlich sichergestellt werden. Daran anschließend wird der Bedeutung gedacht, welche Obliterationsvorgänge des Bruchsacks, Narbenbildungen, Kombinationen mit Hydrocele, Cysten, Entzündungsvorgänge nach lokalen Traumen, Repositionsversuche, das Tragen des Bruchbands, Inkarzerationen auf Veränderungen des Bruchsacks, der Bruchpforte und des Bruchinhaltes haben und unter Anfügung kleiner Skizzen werden die verschiedenen Formen der Bruchsackdivertikel und Rezesse besprochen, welche auf Grund der bekannten, vorwiegend aber der eigenen Beobachtungen in 5 Gruppen sich klassifizieren lassen, indem sie als einfache Dilatationen, als flache Rezesse in der Bruchsackwand, als Ausbuchtungen neben die Bruchsackhöhle, als geteilte und endlich als Doppelsäcke in Erscheinung treten; die eingehende Besprechung verschiedener seltener Abnormitäten des Bruchsacks kongenitalen Ursprungs je nach Ätiologie und Bedeutung namentlich als Ursache rasch auftretender Rezidive nach Radikaloperationen, wenn derlei Divertikel, die nicht selten am Bruchsackhalse oft schwer auffindbar sich vorfinden, bei der Operation übersehen werden, beschließt die erste Abhandlung. 2. Im zweiten Artikel werden Mitteilungen gemacht über „chronisch entzündliche Geschwülste der Bauchwand nach Bruchoperationen". Von den 4 mitgeteilten Fällen solcher entzündlicher Infiltrationen der Bauchwand, der sog. Ligaturgeschwülste, erscheint namentlich der erste und zweite Fall bemerkenswert.

Bei einem 46 jährigen Manne wurde 2 Jahre nach vorgenommener Radikaloperation einer rechtsseitigen irreponiblen kruralen Omentalhernie und einer freien linksseitigen Leistenhernie unter Harndrang, trüben Urin und Beschwerden bei Stuhlabsetzen am Ansatze des rechten geraden Bauchmuskels an der Symphyse ein etwa hühnereigroßer, harter, höckriger Tumor beobachtet, der von der Harnblase herauszuwachsen schien. Die Operationsnarben der Hernien zeigten keine Veränderungen. Die Diagnose schwankte zwischen Carcinom der Harnblase oder Bindegewebsgeschwulst in deren Umgebung, ev. entzündliche Neubildung. Die eingeleitete Therapie mit Resorbentien und Kataplasmen blieb erfolglos. Die vorgenommene Operation erwies nach Eröffnung des Peritoneums einen mit dem großen Netze, der Hinterfläche der Kruralherniennarbe und der Blasenwand festverwachsenen und in die Blase als konischer Zapfen vordringenden Tumor, welcher sich als eine chronisch entzündliche Bindegewebsneubildung, entstanden um eine infizierte Seidenfadenligatur, die nach dem Verlaufe des gegen das Blaseninnere gerichteten Fistelganges durch Eiterung die Elimination in die Blase anstrebte, erwies. Die Resektion von etwa 1/4 der Blase und die Unmöglichkeit der Naht des Peritoneums machte eine Plastik mittels Omentum notwendig. Durch das Vordringen des Tumors gegen die Blase und die Eröffnung seiner Fistel in dieselbe erscheinen die Blasenbeschwerden erklärlich, die beträchtlichen Schmerzen und die Beschwerden bei der Defäkation sind wohl durch die ausgebreitete Verwachsung des Omentums in der Nähe der Flexur bedingt gewesen. — Der zweite Fall erscheint wegen der Größe der Geschwulstbildung bemerkenswert. Bei einem 42 jährigen Manne, welcher kurze Zeit vor seinem Eintritte an der Prager Klinik wegen linksseitiger Leistenhernie operiert wurde, entwickelte sich rasch im Anschlusse an die noch bestehende Fistelöffnung am unteren Wundrande eine Geschwulstbildung von etwa Brotlaibgröße in der Bauchwand von gut 23 cm Durchmesser, welche gegen die Bauchhöhle vorzudringen scheint. Harte Konsistenz, höckrige Ränder, im Verlaufe zeitweise Temperatursteigerung, endlich Aufbruch und Entleerung einiger Seidenligaturen, da operative Behandlung abgelehnt wurde. Allmähliges Schwinden unter Resorbentientherapie, bedeutender Kräfteverfall und sehr langwierige Rekonvaleszenz. Der 3. und 4. Fall betrafen entzündliche Geschwülste im Anschlusse an Fistelbildung nach Radikaloperationen.

Auf Grund seiner Erfahrungen spricht Ehler der Radikaloperation von derlei Geschwülsten mittels Extirpation oder ausgedehnter Incisionen das Wort. Wenn auch die sichere Diagnose von derlei chronisch entzündlichen Neubildungen gegenüber Fibrosarkomen der Bauchwand nicht immer gestellt werden kann, so besitzen sie doch in dem Auftreten nach Bruchoperationen in der Narbe oder deren Umgebung als fast symptomlos wachsende und keine Beziehung zu den Nachbarorganen aufweisende Tumoren einen bestimmten Typus, so daß man berechtigterweise auf einen entzündlichen Ligaturtumor schließen darf. 3. Die 3. Mitteilung handelt „über traumatisch entstandene Leistenbrüche", Ehler beschreibt vorerst 3 Fälle von Leistenhernien mit kongenitalem Bruchsack, die durch das Trauma manifest wurden; unter Zeichen von Gewebszerreißung, Blutaustritten und stärkeren Beschwerden wurde in einem Falle durch einen Fußtritt in die rechte Leiste, 2 mal durch das Heben schwerer Lasten über dem kongenitalen Bruchsacke, welcher infolge von Obliteration oder bedeutender Enge am äußeren Leistenringe vollständig latent blieb, ein neuer beweglicher Bruchsack in den Leistenkanal hervorgetrieben, in welchen sofort eine Darmschlinge eintrat. Bei weiteren 3 Fällen plötzlich entstandener Leistenbrüche handelte es sich um Brüche, die infolge von Rupturen im Verlaufe der Bahn des Leistenkanals entstanden waren. Diese Fälle machten den Eindruck von direkten Hernien, und in allen Fällen handelte es sich um Zerreißung der äußeren Aponeurose und in 2 Fällen auch um Einrisse der Ränder der Bruchpforte. Man kann auf Grund dieser Beobachtungen anerkennen, daß der traumatische Leistenburch unter dem Einflusse einer einzigen Gewalteinwirkung durch einen Unfall entstehen könne. Die Beurteilung über die traumatische Entstehungsweise der Brüche dreht sich ja hauptsächlich um die Frage, ob es möglich sei, daß das Peritoneum in der Umgebung der Leistenbruchpforte durch eine Verletzung oder unter der Gewalteinwirkung eines einzigen Druckes der Bauchpresse sich so lockern könne, daß es als Bruchsack in den Leistenkanal sich ausstülpe. Gegenüber der Mehrzahl der älteren Autoren, welche diese Möglichkeit, in Rücksicht auf die anatomische Befestigung des Bauchfells für eine physiologische Unmöglichkeit erklären, stellt Ehler auf Grund seiner bei der Operation sichergestellten Befunde die Behauptung auf, daß das Bauchfell auch nur durch eine einzige direkte oder indirekte Gewalteinwirkung als deutlich meßbarer Bruchsack bis zu 2 cm Länge sich ausstülpen und unter Gefäßzerreißung unter und an der Serosa Blutaustritte auftreten können, die deutlich erweisen, daß das Bauchfell von seiner Anheftung losgelöst wurde. Freilich müssen wir für die Mehrzahl der traumatischen Hernien dabei eine bestimmte Disposition, entweder einen schon präformierten Bruchsack oder den offen gebliebenen Prozessus vaginalis voraussetzen, wodurch die Möglichkeit der Ausstülpung des Peritoneums unterstützt wird; immer handelt es sich dabei nur um kleine interstitielle oder bis zur Größe eines Taubeneies hervortretende Brüche. Die Diagnose einer traumatischen Hernie läßt sich ohne Operationsbefund nicht genau sicherstellen. Bezüglich der Entschädigung sollte man dem Arbeiter mit einer ähnlichen traumatischen Hernie im Minimum eine 10 proz. Rente zuerkennen; das gleiche gilt von Verschlimmerungen schon bestehender Hernien, durch Vergrößerungen derselben, wobei kleine Zerrungen des Bauchfells oder kleine Einrisse der Fascien mit entzündlichen Prozessen am Bruchsack, ständigen Schmerzen bei Blutaustritten an der Bruchsackserosa, Narbenbildungen, Verwachsungen eine weitere Quelle verschiedener Beschwerden und leichter Inkarzerationen abgeben können. Für jüngere Individuen, die sich gewöhnlich operieren lassen, um wieder ihre volle Erwerbsfähigkeit zu erlangen, schlägt Ehler eine einmalige Abfindung in der Höhe der 5 maligen 10 proz. Rente, d. i. etwa die Hälfte eines Jahresarbeitsverdienstes vor. 4. Im letzten Artikel wird „Über Myoplastik bei der Radikaloperation der Leistenbrüche, mit Angabe einer neuen Operationsmethode" berichtet. Auch die Radikaloperation der Leistenhernien nach Bassini muß als eine der ersten und einfachsten Myoplastiken gelten,

da sie aus der Bauchwandmuskulatur einen zweckentsprechenden Verschluß der hinteren Wand des Leistenkanals zustande bringt. Bei großen Leistenhernien versagt indeß die Methode Bassinis wegen der kaum erfolgreich durchführbaren Naht der Bruchpforte. Die richtige Wahl der Muskelplatte für die Myoplastik der Leistenbrüche wird um so beachtenswerter, wenn man im Auge behält, wie die Leistengegend sich verhalten wird, wenn die hierselbst befestigte Muskelplatte sich zu kontrahieren beginnt. In Rücksicht darauf, daß die Leisten- und Schenkelbruchpforte übereinander gelagert sind, nur getrennt durch das Poupartsche Band, muß angenommen werden, daß die Kontraktion eines an dieses Band neu befestigten Muskels nach oben und innen notwendigerweise eine Erweiterung der Schenkelpforte und damit zur Bildung einer Schenkelhernie führen kann, eine Beobachtung, die Pólya bei Verwendung des geraden Bauchmuskels tatsächlich gemacht hat. Unter den verschiedenen Methoden, die uns vorteilhafte Bedingungen mit reichlichem Material für die Myoplastik abgeben, erscheint als vorteilhafteste die Verwendung des Musc. obliquus int. und transversus, eine Methode, welche von E. bereits in einer ausführlichen Publikation im Arch. f. klin. Chir. 98, H. 2 näher beschrieben wurde. Die Muskelwand wird stumpf im Verlaufe ihrer Fasern getrennt, der Muskellappen nach unten und innen verlegt und unter bestimmter Spannung am festen Grunde des Tuberc. pubic. und Poupartschen Bande vernäht und über dem Lappen als Fascie die äußere Aponeurose befestigt. Damit ist auch das Ziel einer richtigen Radikaloperation der Hernie erreicht, denn der Verschluß der Bruchpforte erfolgt mit lebendem Muskel, der kontraktionsfähig ist und im Momente der Spannung selbsttätig die Pforte verengern kann, in der Tat der idealste Verschluß. *Pietrzikowski* (Prag).

Collins, Arthur N., Strangulated inguinal hernia in early infancy. (Incarcerierte Hernien im frühen Kindesalter.) Ann. of surg. **57**, S. 188—203. 1913.

An der Hand eines Falles, welcher sich auf ein 18 Tage altes mit Erfolg operiertes Kind bezieht, stellte Collins 12 Fälle aus der (zumeist amerikanischen) Literatur zusammen, welche seit 1907 publiziert wurden und in Ashursts Zusammenstellung nicht mitgeteilt sind. Seine Ausführungen bezüglich Pathologie, Diagnose usw. enthalten nichts Neues; er ratet dringlich zur Operation und spricht sich sehr energisch gegen jedwelchen Taxisversuch aus. Die Operation soll sich womöglich einfach gestalten, man muß keine Radikalheilung des Bruches bezwecken; er betont sogar die Gefahr der Entfernung des Bruchsackes. *Pólya* (Budapest).

Gurewitsch, Ein Fall von eingeklemmter Diaphragmalhernie. „Russki Wratsch" **2**, S. 254—256. 1913. (Russisch.)

Verf. operierte mit Erfolg einen Fall von einer 3 Tage alten eingeklemmten Diaphragmalhernie. Das Diaphragma hatte eine 10 cm weite Öffnung, als Resultat eines vor zwei Jahren erhaltenen Messerstiches in die linke Brusthälfte. Der Bruch enthielt stark geblähten Magen und einen großen Teil des Colon transversum inclusive Flexura lienalis. Der Magen war mit dem unteren Lappen der linken Lunge durch narbige Stränge verwachsen. Der Inhalt des Bruches wurde reponiert und das Loch des Zwerchfells teils vernäht, teils nach Frey an die Seite der Brustwand angenäht.

Dieser Fall spricht dafür, daß wir noch keine sicheren Symptome für die Diagnose des Diaphragmabruches und der Verletzungen des Zwerchfells haben und daher soll jeder Fall einer suspekten Wunde des Brustkorbes primär operativ untersucht werden. *Joffe* (Dorpat).

Putzu, F., Contributo allo studio dell'ernia della vescica. (Beitrag zum Studium der Blasenhernie.) (*Istit. di clin. chirurg., univ., Cagliari.*) Policlin. **20**, S. 62—86. 1913.

Teile der Blase als ganzer oder teilweiser Inhalt einer Hernie finden sich nur in 1,36% aller Brüche. Prädisponierend wirken das Bestehen eines Leisten- oder Schenkelbruches oder dauernde Dehnung der Blase mit Schlaffheit der Wand oder Divertikelbildung. Als ätiologisches Moment für letztere Erkrankungen kommen Harnröhrenverengerungen, Blasensteine und Prostatahypertrophie in Betracht. Die Behandlung der Cystocele weicht im allgemeinen nicht von der gewöhnlicher Brüche ab. Verf. bespricht eingehend die operative Behandlung der Blasenbrüche nebst ihren

Komplikationen. Er verwirft die prinzipielle Incision oder Resektion des im Bruchsack befindlichen Blasenteiles. Ein derartiger Eingriff ist nur gestattet beim Vorhandensein eines Blasendivertikels, speziell wenn dieses einen Stein enthält. Dann ist Resektion, eventuell Entfernung des Steines und primäre Naht der Blasenwand angezeigt. Verursacht die Reposition eines umfangreichen im Bruchsack befindlichen Blasenteiles Schwierigkeiten, so empfiehlt Verf. nach Bonomo Ablösung des Peritoneums hinter der Schamfuge und extraperitoneale Reposition der Blase in diesen Raum. Bei unvorhergesehener Blasenverletzung während der Operation, speziell bei infiziertem Urin ist vollständige Blasennaht jedoch mit Drainage im unteren Wundwinkel der Operationswunde empfehlenswert. Einlegen eines Dauerkatheters und Blasenspülungen mit leicht antiseptischen Flüssigkeiten. Häufig kommt es vor, daß Blasenverletzungen während der Operation nicht bemerkt werden oder daß Teile der Blase in die Bruchsackabbindung mit eingeschnürt werden. Letzteres ist hauptsächlich bei der paraperitonealen Cystocele häufig. Wird diese Komplikation während der Operation entdeckt, so empfiehlt sich in allen Fällen Einlegen eines Dauerkatheters und primäre Blasennaht. In Fällen, wo das Mißgeschick erst post op. bemerkt wurde, ist bei Vorhandensein von Wandnekrose Excision dieser und Blasennaht in 3 Etagen mit Drainage der Operationswunde empfehlenswert. Bei großen Wandnekrosen nur partielle Blasennaht und Einlegen eines Drains in die Blase. Zur Vermeidung von Rezidiven empfiehlt Verf. hohe Abtragung des Bruchsackes und Fixation des im Bruchsack befindlichen Blasenteiles hoch oben an der Innenfläche der Bauchwand mittels Catgutknopfnaht. *Burk* (Stuttgart).

Matthey, Alfred L., Über sog. eingeklemmte Hernien der Adnexe. (*Diakonissenh. Paulinenstiftung, Wiesbaden.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **83**, S. 361 bis 368. 1913.

Matthey sieht die Hernia ovarica inguinalis als einen Descensus ovarii, eine Ektopie an, nach Analogie des Descensus testiculi. Besonders die Adnexe der Kinder sind dazu disponiert, den Inhalt einer Inguinalhernie zu bilden, da sie ihren definitiven Platz noch nicht gefunden haben und oberhalb des Ligamentum Pouparti liegen. Disponierend wirkt dabei eine Verkürzung des betreffenden Lig. rotund. (meist rechts), da dadurch der Uterus und sekundär Tube und Ovarium dem Leistenring genähert werden. Eine Sicherheit der Diagnose vor der Operation ist bei Kindern nicht möglich. Komplikationen, wie Dysmenorrhöe, periodische Anschwellung der Bruchgeschwulst, ev. Amenorrhöe, treten erst zur Zeit der Menses auf; auch ist Gravidität im Bruchsack sowohl in der Tube wie auch im Uterus möglich. Einklemmungen bilden die häufigste Komplikation; sie verlaufen ev. unter dem Bilde des vollkommenen Darmverschlusses. M. bespricht zum Schluß einen eigenen Fall (3jähriges Mädchen) von Infarzierung des Ovarium im Leistenbruch, bei dem die Vergrößerung und Infarzierung nicht durch Drehung, sondern durch „Strombehinderung in den ausgezogenen Venen“ bei weiter Bruchpforte hervorgerufen war. Historischer Überblick und ausführliches Literaturverzeichnis. *Thiemann* (Jena).

Magen, Dünndarm:

Perrin, Oblitération congénitale de l'intestin grêle, arrêt de développement du gros intestin et de la partie terminale de l'intestin grêle. (Angeborener Verschluß des Dünndarms, Entwicklungshemmung des Dickdarms und des Endstückes des Dünndarms.) Rev. d'orthop. **24**, S. 183—186. 1913.

Drei Tage altes Kind wird mit den Erscheinungen des Darmverschlusses gebracht, erbricht jede Nahrung und Mekonium, keine Stuhlentleerung. Leib aufgetrieben, Urin ohne Beimengung von Mekonium. Im Rectum stößt der eingeführte Finger 3 cm oberhalb der Analöffnung auf ein Hindernis, welches auch das weitere Vordringen einer weichen Sonde nicht gestattet. Man dachte an Verschluß des Rectums. Operation: Eingehen von hinten nach Resektion des Steißbeins. An Stelle des Endstückes des Dickdarms findet sich nur ein dünner mem-

branöser Strang. Anlegen einer Kotfistel in der rechten Ileocaecalgegend. Exitus einen Tag später. Autopsie: 50 cm vom Coecum entfernt völlige Atresie des Ileums, Durchmesser an dieser Stelle nur 1 mm. Vom Magen anfangend sieht man zunächst einige normale Darmschlingen, dann erweitert sich der Dünndarm mehr und mehr und bildet kurz vor der obliterierten Stelle eine Ampulle von 3—4 cm Durchmesser. Die letzten 50 cm des Dünndarms und der ganze Dickdarm stellen sich dar als ein weißlicher Strang vom Kaliber eines dünnen Bleistifts.

Weber (München).

Lyon, Gaston, Les entérospasmes permanents. (Über permanente Darmspasmen.) Clinique (Paris) 8, S. 120—122. 1913.

In 5 Fällen hat Lyon Darmspasmen gesehen, die beständig an denselben Stellen auftreten und charakteristische Symptome hervorrufen: lokalisierten Schmerz, Stuhlverstopfung und nervöse Allgemeinerscheinungen. Objektiv ist eine Druckempfindlichkeit der betreffenden Darmschlinge zu konstatieren, meist in der linken Unterbauchgegend. Gelegentlich ist auch die spastische Kontraktion zu fühlen. Röntgenologisch ist eine oft beträchtliche Verkürzung an der Stelle der Zusammenziehung zu sehen. Die Ursache dieser Darmspasmen ist wohl eine rein nervöse, die Behandlung dementsprechend eine hygienisch-diätetische. In schweren Fällen von Spasmen käme vielleicht die Ileo-Sigmoidostomie in Frage. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Jutte, M. Ernest, Transduodenal lavage. Treatment and report of some cases of chronic diseases. (Transduodenale Darmwaschung. Behandlung und Bericht über einige chronische Krankheitsfälle.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 586—587. 1913.

Verf. berichtet über einige neue Fälle, die mit seinem im vorigen Jahre schon bekannt gegebenen Verfahren der Darmspülung vom Duodenum aus behandelt sind. Das Instrumentarium besteht aus einem $^{1}/_{16}$ Zoll dünnen Gummischlauch, einer Saugpumpe, einer Aspirationsflasche und einem Irrigator. Der Schlauch hat am Ende eine Olive und kurz davor eine Öffnung. Der Patient schluckt den Schlauch und legt sich auf die rechte Seite. Durch die Schwere und durch die Magenperistaltik, die ev. durch einen Schluck Wasser angeregt wird, gelangt die Olive in das Duodenum. Durch Aspiration kann man sich überzeugen, daß der Schlauch den Pylorus passiert hat. Ist das Aspirierte fadenziehend und klebrig, so hat man Duodenalsekret; die chemische Probe kann täuschen. Innerhalb 10 Minuten werden 1—2 l Flüssigkeit mittels des Irrigators einlaufen gelassen, während der Patient auf dem Rücken liegt. Durch leichte Bauchmassage wird die Peristaltik angeregt. Soll der Darm nur ausgespült werden, so wendet man nur Kochsalzlösung an, bei Nierenleiden bringt destilliertes Wasser eine gute Diurese in Gang. Bei Darmkatarrhen kann ein Adstringens zugesetzt werden. Die Flüssigkeiten sollen Körpertemperatur haben. Bei Aortenaneurysma und schweren Herzfehlern darf die Spülung nicht vorgenommen werden. Nach 1—2 Stunden pflegt Stuhlgang einzutreten. Die Behandlung wird nicht unangenehm empfunden und führt durch Entfernung der Darmtoxine bald zu einem Wohlbefinden. Alle Erkrankungen, die ihre Ursache in der Resorption faulender und gärender Stoffe haben, werden günstig beeinflußt. So sah Verf. Erfolge bei: Asthma, perniciöser Anämie, Magen- und Darmstörungen, Rheumatismus, Gicht, Arthritis deformans, Epilepsie, Arteriosklerose, Nierenentzündung, Lebercirrhose, Neuritis, primären und sekundären Anämien, Hauterkrankungen, kat. Entzündungen der Schleimhäute, Augenleiden, Schlaflosigkeit, Neurasthenie und Melancholie. Acht kurze Krankengeschichten demonstrieren die Wirkung der Darmauswaschung. *Brüning* (Gießen).

Kaestle, Karl, Vereinfachte Magen-Bioröntgenographie. Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 346—348. 1913.

Beschreibung einer einfachen Vorrichtung zur Anfertigung mehrerer Röntgenbilder des Magens in kurzer Zeitfolge.

Das Wesen der Methode besteht in folgendem: Ein Film oder Platte zwischen Verstärkungsschirmen kann in geeigneter Vorrichtung in zwei zueinander senkrechten Richtungen einer Ebene leicht und rasch ruckartig hinter einer Bleiwand bewegt werden. Letztere trägt eine entsprechende Blendenöffnung, gegen die sich der zu Untersuchende lehnt.

Groedel (Bad Nauheim).M

Holzknecht, G., und M. Haudek, Bewegungsvorgänge am pathologischen Magen auf Grund röntgenkinematographischer Untersuchung. Bemerkung zu dem Artikel von Carl Bruegel. Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 413. 1913.

In Nr. 4 der Münch. med. Wochenschr. hat Bruegel eine horizontale Abschlußlinie des wismutgefüllten Antrum pylori als ein Ausbleiben der Kontraktion wegen Infiltration der Magenwand, Narbe oder einer Verwachsung gedeutet. Holzknecht und Haudek führen die Erscheinung dagegen zurück auf ungenügende Füllung des Magens, Sedimentierung des Wismuts, Druck durch die gespannten Bauchdecken

und schließlich abnorme Lage des Magens. — Bei Lagerung des Patienten auf die rechte Seite wollen sie in den allermeisten Fällen beobachtet haben, daß das Antrum sich in der gewöhnlichen Weise füllt, was besonders bei der Durchleuchtung gut zu erkennen ist, sie geben daher der Erscheinung den Namen Pseudofüllungsdefekt. — Bleibt die Erscheinung trotz aller Manöver bestehen, so ist zunächst an einen verdrängenden Tumor zu denken. *Denks* (Hamburg).

Kahn, Max, The X-ray study of 22 cases of ptosis of the stomach and colon before and after operation. (Die Röntgenuntersuchung bei 22 Fällen von Tiefstand von Magen und Kolon vor und nach der Operation.) Americ. quart. of Roentgenol. **4,** S. 165—170. 1913.

Die genannte Anzahl Fälle verteilt sich nach vorliegenden Veränderungen und Eingriffen auf 5 Gruppen. 1. 4 Fälle von Tiefstand und Erweiterung des Magens und der rechten Kolonhälfte. Klinisch bestanden dieselben Symptome, wie bei narbiger Pylorusstenose, verbunden mit Obstipation und Kolonintoxikation. Operation: Resektion das Magens und des genannten Kolonabschnittes, Ileum- Seit- zu Transversum. Resultat: gute Magenentleerung und guter Stand und Funktion des Kolon. 2. 6 Fälle von chronischem gastromesenterialem Ileus mit starkem Tiefstand der rechten Kolonhälfte, ungewöhnlicher Dilatation des Coecum und Ileum an kurzem Mensenterium. 3—4 Stunden nach der Wismutmahlzeit war das „U" des dilatierten Duodenum noch deutlich gefüllt zu sehen. Resektion der rechten Kolonhälfte (1 mal mit Magen). Kontrollresultate gut. 3. Gruppe: 5 Fälle lediglich von Kolon- und Coecumtiefstand ohne andere Veränderungen mit Stauung des Wismut im Coecum bis 190 Stunden. Resektion der rechten Kolonhälfte. Kontrolle: gute Lage und Anastomosentätigkeit bis auf einen Fall, dessen Sigmoideum sich erweitert hatte. 4. Gruppe: 3 Fälle von Perikolitis des Colon ascendens. Resektion, einmal mit sekundärer des Sigmoideum. Resultate gut. 5. Gruppe: 3 Fälle, die eine starke Durchtrittsverzögerung zwischen Colon descendens und Sigmoideum zeigen, die jedoch bei Wismuteinlauf nicht hervortritt. Resektion des überflüssigen Sigmoideum nach Lateralanastomose zwischen Colon descendens und unterster Sigmoideumschlinge. Völlige Beseitigung der Obstruktion.

Technik: Nach Darmentleerung Verabreichung von Wismut carbonicum in Milch. Verteilung desselben im Magen durch verschiedene Stellung des Patienten. Aufnahme in Bauchlage, Röhre über 2. Lendenwirbel. Schnellaufnahme in tiefem Inspirationsstillstand. Einlauf: Wismut carbonicum in Milch in Seitenlage bei erhöhtem Becken: 30 Minuten später Aufnahme in Bauchlage. Ein Einlaufbild kann die Lage des Darmes sicher festlegen. Bei Aufnahme des Wismuts durch den Mund ist ein Darmbild erst nach 24 Stunden zu erhalten. *Hoffmann.*

Bergmann, G. v., Zur diagnostischen Bedeutung der Pylorusfunktion. (*Stadtkrankenh., Altona.*) Zentralbl. f. Röntgenstrahl., Radium u. verw. Geb. **4,** S. 1—5. 1913.

v. Bergmann weist auf die Differenzen hin, die oft bestehen zwischen den für die Erkrankungen des Magens und Duodenums bisher aufgestellen, die Säureverhältnisse und die (röntgenologisch nachgewiesene) Pylorusfunktion betreffenden Regeln und den tatsächlichen Befunden. Er gibt eine Zusammenstellung seiner diesbezüglichen klinischen Beobachtungen, die beweisen, daß der Chemoreflex nicht allein bestimmend für die Pylorusfunktion ist. *Thiemann* (Jena).

Keefe, John W., Stenosis of the pylorus in infancy. (Über Pylorusstenose im Säuglingsalter.) Americ. journal of obstetr. **67,** S. 383—394. 1913.

Die Pylorusstenose im engeren Sinne ist bei den Säuglingen meist angeboren und bedingt durch Hyperplasie der Ringmuskulatur, im Gegensatze zum Pylorospasmus, der meist durch Hyperacidität hervorgerufen wird, und bei dem die Muskelhypertrophie fehlt. Nach genauer Beschreibung des bekannten Krankheitsbildes und der Differentialdiagnose gegenüber Pförtnerkrampf wird frühzeitiges chirurgisches Eingreifen empfohlen. Da die Divulsion des Pförtners oft schwere lokale Veränderungen setzt und ebenso wie die übliche Pyloro-

plastik nicht immer wirksam ist, die Gastrojejunostomie bei den meist sehr herabgekommenen Säuglingen eine technisch schwierige und eingreifende Operation ist, die in diesem Alter 50 % Mortalität hat, unphysiologische Verhältnisse schafft und durch das Auftreten von peptischen Geschwüren verhängnisvoll werden kann, so schlägt Verf. die Gastrotomie und schonendere Pylorusdehnung mit Sonden von steigender Dicke vor (Nr. 14—25 Charrière) in Verbindung mit einer partiellen Pylorotomie und Plastik (Längsinzision, entsprechend dem halben Umfange, am Pylorus bis zur Schleimhaut, ohne diese zu eröffnen, und quere Vereinigung der rautenförmigen Wunde). Im Anschluß die Krankengeschichten zweier auf diese Art erfolgreich operierter Kinder im Alter von 3 und 5 Wochen. *v. Khautz* (Wien).

Grenet, Veau et Sédillot, Hypertrophie congénitale du pylore opérée à l'âge de deux mois. (Angeborene Pylorushypertrophie im Alter von 2 Monaten operiert.) Clinique infant. **11,** S. 197—201. 1913.

Stoerk, Erich, Ulcus rotundum ventriculi und Lymphatismus. (*III. med. Klin., Wien.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 496—499. 1913.

Es besteht die Auffassung zu Recht, daß vielen Fällen von Ulcus ventriculi eine Konstitutionsanomalie zugrunde liegt. Als ein wesentlicher ätiologischer Faktor ist der sogenannte Lymphatismus anzusehen. Bei der Entstehung des Geschwürs spielt die Follikelvermehrung der Magenschleimhaut eine Rolle, desgleichen deren Neigung, auf Reize unbekannter Art mit Bildung eines état mamelloné zu antworten. Weiterhin kommen pathogenetisch in Betracht: die häufige Enge des Gefäßsystems und die daraus folgende schlechte Vascularisation des Parenchyms, das gleichzeitige Bestehen einer sog. Vagotonie und schließlich die Minderwertigkeit der Abwehrvorrichtungen des Lymphatikers gegen bakterielle Invasionen. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Corner, Edred M., Perforation of gastric or duodenal (pyloric) ulcers. (Perforation der Magen- oder Duodenalulcera.) Lancet **184,** S. 600—604. 1913.

Verf. stellt die Ergebnisse von 40 Operationen wegen perforierten Magengeschwürs zusammen. Er hält die Einteilung in Magen- und Duodenalulcera nicht für praktisch, sondern schlägt, besonders mit Rücksicht auf die Behandlung, die Teilung in eigentliche Magenulcera (in der Nähe der Kardia und am Magenkörper) und in Ulcera des Pylorus (sowohl oberhalb wie unterhalb desselben) vor. Die beste Behandlung des perforierten Ulcus ist die möglichst schnelle Operation. Das Geschwür ist zu nähen. Wo die Naht nicht möglich ist, führt auch die Tamponade der Perforationsöffnung mit einem Netzzipfel oder mit Gaze zum Ziel. Bei den Magenulcera ist es nicht nötig, die Gastroenterostomia retrocolica post. anzuschließen, da sie ebensogut und besser ohne diese heilen. Die Pylorusulcera erfordern jedoch die Gastroenterostomie. Es ist aber besser, diese nicht sofort nach der Perforation, sondern erst sekundär 5—6 Wochen später auszuführen. Verf. glaubt jedoch, daß selbst bei angelegter Anastomose der größte Teil der Speisen noch durch den Pylorus geht. Er schlägt daher zur Erzielung besserer Dauerheilung vor, bei den Pylorusulcera den Pylorus auszuschalten. Er erreicht dies in einfacher Weise dadurch, daß er um den Pylorus herum einen Seidenfaden schnürt, den Faden jedoch nicht so fest zieht, daß er durch die Magenwand durchschneidet. *Hinz* (Lichterfelde).

Kraus, Fritz, Ein Beitrag zur Kasuistik der Ulcusperforationen in die freie Bauchhöhle. (*I. dtsch. med. Univ.-Klin., Prag.*) Prag. med. Wochenschr. **38,** S. 125 bis 127. 1913.

Verf. berichtet über 3 Fälle von perforiertem Magengeschwür der Prager Klinik. Alle drei betrafen Männer, während im allgemeinen das weibliche Geschlecht öfter betroffen wird. (Unter 26 Fällen des Prager pathol.-anatom. Instituts waren 17 Frauen und 9 Männer.) Die Diagnose konnte in jedem Fall gestellt werden. Sie gründete sich auf die charakteristische Anamnese, die in 90% vorhanden zu sein pflegt, den plötzlichen intensiven Schmerz, die bretttharte Spannung der Bauchdecken, das gleich nach der Perforation einsetzende, später sistierende Erbrechen und den schweren Kollaps. Differentialdiagnostisch muß außer Gallensteinkolik besonders die tabische Krise und die Ätzvergiftung berücksichtigt werden. (Bei der tabischen Krise besteht meist Apathie oder sogar Stupor, während bei der Magenperforation starke Be-

wegungsunruhe vorhanden ist.) Die Prognose ist um so schlechter, je mehr Mageninhalt in die Bauchhöhle ausgetreten ist (Perforation im Stehen!) und je länger schon Peritonitis besteht. Von den 3 operierten Fällen starben 2. Der Sitz des Geschwürs war einmal an der kleinen Kurvatur und zweimal am Pylorus, alle 3 an der vorderen Wand. (Unter den oben erwähnten 26 Fällen waren 8 an der hinteren Wand.) *Propping* (Frankfurt a. M.).

Brun, Hans, Ein epigastrischer Rippenkorbrandschnitt für Magenoperationen, insbesondere die Resektion bei Carcinom. (*Chirurg. Privatklin. „Im Bergli", Luzern.*) Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte **43,** S. 65—69. 1913.

Der vorgeschlagene Schnitt, der mit einer Incision parallel dem rechten Rippenbogen beginnt, bis zum Proc. ensiformis reicht und je nach Bedarf länger oder kürzer am linken Rippenbogen entlang geht, gibt nach dem Verf. einen ausgezeichneten Zugang für alle Magenoperationen. Er ist besonders deshalb für die Resektion geeignet, weil durch ihn die Exstirpation der Drüsen längs der kleinen Curvatur in ausgiebiger Weise möglich ist und die Naht des Magenstumpfes oben bei der Cardia sich wesentlich sicherer ausführen läßt. Macht es trotzdem Schwierigkeiten an die Cardia heranzukommen, so kann als Kombination leicht die Mobilisation des Rippenkorbrandes nach Marwedel angeschlossen werden. Der Anfangsteil des Schnittes am rechten Rippenbogen allein genügt in den meisten Fällen zur Feststellung, ob der Tumor operabel ist oder nicht. *Bode* (Göttingen).

Fletcher, Fred, Sub-total gastrectomy for gastric atony. Case report. (Subtotale Magenresektion bei Magenatonie.) Americ. journal of surg. **27,** S. 19 bis 23. 1913.

Verf. warnt im Anschluß an einen selbst beobachteten Fall bei nervöser Magenatonie zu operieren. Nachdem schon früher bei einem 25jährigen Mädchen wegen abdominaler Symptome eine Appendektomie ausgeführt war, traten später neue Magenstörungen mit Erbrechen auf. Bei der vorgenommenen Laparotomie fand sich ein spastischer Pylorus, Erweiterung und Senkung des Magens. Die Gastroenterostomia retroc. post. brachte nur vorübergehende Besserung. Nach einigen Monaten traten die früheren Beschwerden wieder auf. Darauf wurde zwei Zoll oberhalb der früheren Anastomose eine neue angelegt. Die Besserung dauerte wieder nur einige Monate. Es wurde daher eine Gastrojejunostomia ant. unterhalb der früheren Anastomosen angelegt. Hiernach keine Besserung. Als 4. Operation wurde daher die Pylorusresektion ausgeführt, während die vordere Anastomose wieder gelöst wurde. Da auch jetzt keine Besserung eintrat, Pat. vielmehr viel erbrach und sichtlich verfiel, entschloß sich Verf. nunmehr, ein Jahr nach der ersten Operation, die subtotale Magenresektion auszuführen. Mit dem exzidierten Magenteil wurden sämtliche Anastomosen mit entfernt, der Duodenalstumpf des Pylorus wurde stumpf geschlossen, der orale Teil des Jejunum in den übriggebliebenen Magenteil eingenäht und der distale Teil des Duodenums seitlich ins Jejunum 25 cm unterhalb der Mündungsstelle in den Magen eingepflanzt. Erst diese Operation brachte völlige Genesung, abgesehen von vereinzeltem Erbrechen geringer galliger Mengen in den späteren Monaten. Verf. hält nach dieser Erfahrung es für einen groben chirurgischen Fehler, bei der einfachen Atonie des Magens irgendeine Form der Anastomose auszuführen. Selbst nach der in zweifelhaften Fällen vorgenommenen Probelaparotomie sollen wir uns nicht zu der beliebten Gastroenterostomia retroc. post. verleiten lassen. *Hinz* (Lichterfelde).

Perman, E. S., Tvenne fall of gastroptos, behandlade med gastropexi. (Zwei Fälle von Gastroptosis mit Gastropexie behandelt.) Hygiea **75,** S. 59—67. 1913.

Zwei ganz typische Fälle von Gastroptosis, von denen der eine virgineller, der zweite materneller Typus war, mit allen für die Gastroptose pathognostischen Symptomen: Erbrechen, Schmerzen, die regelmäßig aufhörten, wenn die Patientinnen Rückenlage einnahmen, träger Stuhlgang, Abmagerung usw. Die Operation bestand in beiden Fällen in Gastropexie nach Rovsing, Methode 2, mit den Fixationsnähten links von der Mittellinie in vertikaler Richtung. In beiden Fällen war früher interne Behandlung ohne Erfolg versucht worden. Das Resultat der Operation war in beiden Fällen augenscheinlich. Erhebliche Verbesserung des allgemeinen Zustandes. Das Erbrechen und die Schmerzen verschwanden, der Stuhlgang wurde fast normal; schnelle Gewichtszunahme. Die Röntgenogrammen vor und nach der Operation zeigen auch, wie der Magen nach der Operation eine andere Form (vor der Operation zeigte der Magen die Form einer Schnecke) und wie er auch eine höhere Lage bekommen hat. Keine der beiden Patientinnen zeigte nervöse oder hysterische Symptome. Dem Verf. nach gibt die Rovsingsche, mechanische Theorie über die Gastroptose in beiden diesen Fällen eine wahrscheinliche Erklärung der Pathogenese der Gastroptose. *Giertz* (Umeå [Schweden]).

Wolff, Sechsmalige Gastrotomie an demselben Magen. Gastroskopischer Nachweis einer Zahnbürste. Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 383—386. 1913.

Es handelte sich um eine 33jährige, psychopathische Patientin, die in den Jahren 1906—11 im Dämmerzustand 3 Löffel und 2 Zahnbürsten verschluckt hatte, die ihr durch fünfmalige

Gastrotomie entfernt worden waren. Ende 1912 führte Patientin zum sechsten Male ihr Schluckmanöver aus. Außer subjektiven Beschwerden in der Magengegend ließ sich am Abdomen kein abnormer Befund erheben. Die Röntgenuntersuchung brachte ebenfalls keine Aufklärung. Erst mit Hilfe des Gastroskopes gelang der Nachweis einer an der Magenwand fest mit ihren Borsten verankerten Zahnbürste. Gastrotomie. Extraktion der Zahnbürste. Heilung. *Harf* (Berlin).

Zaaijer, J. H., Erfolgreiche transpleurale Resektion eines Kardiacarcinoms. (*Chirurg. Klin., Leiden.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **83**, S. 419—430. 1913.

Verf. berichtet über einen Fall von Kardiacarcinom, das er nach einer von ihm angegebenen Methode transpleural mit Erfolg operiert hat. Nachdem er bei einem 54 Jahre alten Manne durch Probelaparotomie einen an der Cardia befindlichen, bis an den Hiatus oesophageus reichenden beweglichen harten Tumor von Taubeneigröße festgestellt und am Pylorusteil eine Magenfistel nach Kader angelegt hatte, nahm er einige Wochen später die eigentliche Resektion zweizeitig in folgender Weise vor: In der ersten Sitzung in Überdrucknarkose subperiostale Resektion der 6.—12. Rippe linkerseits in Ausdehnung von 24—14 cm von den Rippenknorpeln bis hinter die Anguli costarum von zwei den Rippen parallel verlaufenden Schnitten aus. Schluß der Weichteilwunden durch Naht. Nachdem sich Patient von dem Eingriff genügend erholt hatte, erfolgte 30 Tage später wiederum in Überdrucknarkose die eigentliche Radikaloperation. Bogenförmiger Schnitt im linken Hypochondrium, von der Mammillarlinie beginnend, nach oben bis zur hinteren Axillarlinie oberhalb des Angulus scapsulae reichend. Eröffnung der Bauch- und der linken Pleurahöhle. Durch Einführung der linken Hand in das Abdomen, der rechten Hand in die Brusthöhle wird die Operabilität des Carcinoms, welches bis in den Zwerchfellring hinragt, festgestellt. Zunächst ringförmige Isolierung des Oesophagus, wobei die rechte Pleura an einer kleinen Stelle einreißt, und Herumführen eines Gazezügels, mit dem die mobilisierte Speiseröhre angespannt wird. Hierauf Spaltung des Zwerchfells in der Mitte bis an den Hiatus oesophageus und zirkuläre Umschneidung des Zwerchfellringes. Nach Unterbindung des Omentum minus und Durchtrennung des Ligamentum triangulare sinistrum und des Ligamentum gastrolienale läßt sich der Magen bequem so weit vorziehen, daß er unterhalb des Tumors zwischen zwei Klemmen mittels Thermokauters durchgebrannt werden kann. Nach Vernähung seines aboralen Lumens wird er wieder in die Bauchhöhle reponiert, während der durch die Klemme verschlossene Tumor nach außen gelagert wird. Hierauf teils scharfe, teils stumpfe weitere Auslösung des Oesophagus, bis er sich im Gesunden ohne Spannung im Niveau der Haut befindet. Nachdem der Zwerchfellschlitz in 2 Etagen sorgfältig vernäht und dabei gleichzeitig der Riß in der rechten Pleura verschlossen ist, wird die linke Lunge aufgebläht und die Speiseröhre 4 cm oberhalb des Tumors an die Pleura costalis fixiert. Danach hermetischer Verschluß der linken Brusthöhle und Naht der Bauchwunde. Schließlich Abtragung des Tumors zwischen zwei Klemmgängen mit Thermokauter. Die den Oesophagus verschließende Zange wird, um eine vorzeitige Verunreinigung der Wunde zu verhüten, in den Verband genommen und erst nach 3 Tagen entfernt. Bezüglich einiger Einzelheiten des Operationsverfahrens ist noch folgendes zu bemerken. Verf. verzichtet auf eine primäre Vereinigung von Magen und Speiseröhre. Die Anastomose will er eventuell durch eine spätere Operation erreichen. Damit der Patient breiige Kost per os nehmen kann, läßt er zunächst die Verbindung zwischen Magen- und Oesophagusfistel durch einen Apparat herstellen. Für sehr wichtig hält er die der eigentlichen Tumorentfernung vorhergehende ausgedehnte Rippenresektion. Er will dadurch vor allen Dingen ein Einsinken der linken Brustseite erzielen, wodurch das sonst sehr tiefe Operationsterrain am Oesophagus viel leichter erreichbar wird und die spätere Resektion des Tumors sich wesentlich einfacher gestaltet. Allerdings betont er, daß es zweckmäßig sei, die XII. Rippe und eventuell auch die XI. nicht in der ersten Sitzung zu entfernen, weil nach ihrem Fortfall das Zwerchfell den unteren Teil des Thorax zu stark einziehen kann; es können

dann unter Umständen durch Verschiebung des Mediastinums schwere Atmungsstörungen entstehen, die aber durch Verabreichung von Sauerstoff unter Überdruck beseitigt werden können. Einen weiteren Vorteil der vorhergehenden Brustwandresektion erblickt Verf. in der Verdickung, welche die Pleura costalis danach erfährt; sie eignet sich infolgedessen für die spätere Einnähung der Speiseröhre viel besser als die sehr dünne, normale Pleura. Die Befürchtung Sauerbruchs und Enderlens, daß der Oesophagus durch die weitgehende Isolierung in seiner Ernährung gefährdet werden könnte, vermag Verf. nach seinen Tierexperimenten nicht zu teilen.

Neupert (Charlottenburg).

Meyer, Willy, Ein Vorschlag bezüglich der Gastrostomie und Oesophagoplastik nach Jianu-Roepke. (*Dtsch. Hosp., Neuyork,*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 267 bis 268. 1913.

Verf. führte am 26. XII. 12 bei einer 46 jährigen Frau mit Oesophaguscarcinom die nach Roepke modifizierte Jianusche Plastik aus. Der neue Magenmund befindet sich vierfingerbreit unterhalb der Clavicula. Das neue Rohr ist 25 cm lang. Verf. regt an, den neugebildeten Schlauch neben oder nahe der nach Oesophagusresektion eingestülpten Kardia durch das Zwerchfell nach oben zu führen zum Ersatz des fortgefallenen unteren Oesophagusendes. Operationsplan: Laparotomie, Bildung des neuen Oesophagusabschnittes nach Jianu und temporärer Verschluß seines freien Endes, temporäre Tamponade und zeitweiser Abschluß der Abdominalhöhle; linke Seitenlage, Thorakotomie im 7. und 8. Intercostalraum, Resektion der Oesophagusgeschwulst, Vernähen und Versenken des Distalstumpfes; genügendes Lösen der Kardia im Foramen oesophageum, bzw. Schlitz quer auf die Fasern des Diaphragma am Foramen oesophageum oder nahe dabei und Durchziehen des Jianuschen Rohres in den Thorax zur direkten Wiedervereinigung mit dem proximalen Oesophagusende durch Invagination oder direkte Naht (End-zu-End, mit Fascienplastik), oder Tiegels Knopf. Fixieren der Zwerchfellwunde an der Wand des neuen Rohres, Einlegen einer Dauersonde von oben oder ev. auch Gastrostomie, Schluß der Thoraxwunde mit Pleuradrainage, Schluß der Bauchwunde. Bei Tierversuchen leistete für den Magenverschluß nach Jianu Hültls Drahtnahtinstrument treffliche Dienste. *Boit* (Königsberg).

Crile, G. W., Indications and technic in gastric resection and gastroenterostomy. (Indikation und Technik der Magenresektion und Gastroenterostomie.) Americ. journal of obstetr. **67,** S. 327—333. 1913.

Verf. bespricht folgende Punkte: Bei welcher Art von Magen- und Duodenalgeschwür soll Resektion, bei welcher Gastroenterostomie und Jejunostomie angewendet werden? Welches Verfahren gibt die besten Resultate bei Hämorrhagie und Entkräftung? Welches sind die Zeichen der Acetonuria? Welche Nahtmethode ist die beste und schließlich, wie kann der Operationsshock auf ein Minimum herabgesetzt werden? Für letzteres empfiehlt er die Kombination von Lachgas, Allgemeinbetäubung und Novocain, Lokalanästhesie und Chinin, Harnstoffchlorid als postoperatives Anästheticum. Bei entkräfteten und blutarmen Patienten empfiehlt sich präliminare Bluttransfusion. In solchen Fällen besteht allerdings die Gefahr des Blutzerfalls nach der Transfusion, welcher als Acidosis zum Ausdruck kommt. Die Nahtmethode bei der Operation ist die unter dem Namen des sog. Schusterstiches längst bekannte. Die Naht erfaßt die ganze Wunde. Sie wird als fortlaufende Naht mehrmals und an den Enden geknotet und durch eine darübergelegte Peritonealnaht vervollständigt. Bei palpablem Krebs empfiehlt Verf. Resektion und Gastroenterostomie, vorausgesetzt, daß die Drüsen nur entzündlich erkrankt sind, die Leber frei ist und kein Übergreifen des Tumors auf andere Organe stattgefunden hat. Bei entkräfteten Patienten empfiehlt er zweizeitige Operation, zuerst Gastroenterostomie und nach 10—14 Tagen Resektion. Empfehlenswert ist die Methode Eiselbergs, welcher zur Kräftigung vor der Resektion eine präliminare Jejunostomie anlegt. Beim sattelförmigen Ulcus der kleinen Kurvatur empfiehlt Verf. Eröffnung des Magens an einer

gesunden Partie und Vorstülpen des Ulcus durch die Öffnung, dann Übernähung des Ulcus von außen her mittels Schusterstiches mit doppelt eingefädeltem Faden und Abschneiden des Ulcus vor der Stichlinie von innen her, Vernähung der Incisionswunde im Magen mit durchgreifender Naht nach dem Typus des Schusterstiches. Bei Magengeschwüren ist Excision, bei Duodenalgeschwüren Gastroenterostomie die beste Operationsmethode. Von 420 Fällen wurden 208 auf Krebs, 204 auf gutartige Geschwüre und Stenosen und 8 auf traumatische Perforation behandelt. Bei allen Duodenalgeschwüren wird Heilung erzielt. Bei Geschwüren der kleinen Kurvatur und der Kardia versagte Gastroenterostomie oft, während Resektion Heilung brachte. Die Resektionsmethode des Verf. beim sattelförmigen Ulcus der kleinen Kurvatur ergab keine völlige Heilung, aber befriedigende klinische Resultate. *Burk* (Stuttgart).

Black, Kenneth, A method of performing gastro-jejunostomy. (Eine neue Methode der Gastrojejunostomie.) Brit. med. journal **2722**, S. 442—443. 1913.

Nachdem der Magen wie üblich bei der hinteren Gastroenterostomie durch den Mesokolonschlitz durchgezogen, wird eine Magenfalte aufgehoben und nicht wie sonst eine Klemme parallel zur freien Magenkante der Falte angelegt, sondern je eine kurze Klemme wird senkrecht zur Magenkante an die beiden Endpunkte der zur Vereinigung gewählten Falte angelegt. Ebenso wird durch zwei gleiche Klemmen das gewählte Jejunumstück quer an beiden Enden gefaßt. Dann die Klemme aneinandergebracht und durch zweietagige Naht die Vereinigung hergestellt. Trotz der Nachteile der Blutung und des Ausfließens des Mageninhalts hält Verf. die Methode besser als die üblichen, da man den Vorteil hat, die Vereinigung so breit zu wählen als man will. *Gelinsky* (Berlin).

Melchior, Lauritz, Zur Pathologie der Magentuberkulose. (*Städt. Krankenh., Oeresund, Kopenhagen.*) Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. **26**, S. 185—192. 1913.

Bei der Sektion von 848 über 15 Jahre alten Phthisikern fanden sich 6 Fälle von primärem tuberkulösem Magenulcus meist bei gleichzeitiger Darmtuberkulose. Irgendwelche klinische Symptome fehlten, so daß Verf. schließt, daß bei Ulcussymptomen der Phthisiker es sich stets um das Ulcus simplex handle. *Strauss* (Nürnberg).

Comite, Francesco Lombardi, Sifilide gastrica simulante una neoplasia. (Magensyphilis, eine Neubildung vortäuschend.) Gaz. degli osp. **34**, S. 266 bis 267. 1913.

50jähriger Mann, der 15 Jahre vorher an Syphilis gelitten hatte, erkrankte an Magenbeschwerden, die sich in 5 Jahren trotz Behandlung nicht besserten. Bei der 5 Jahre nach dem Beginn dieser Magenbeschwerden von dem Verf. vorgenommenen ärztlichen Untersuchung wurde außer einer Vergrößerung der Leber eine umschriebene Anschwellung von Taubeneigröße in der vorderen Magenwand, nicht weit vom Pförtner festgestellt. Da der Kranke trotz des lange bestehenden Leidens nicht kachektisch war, kein Blut im Stuhl und kein Blutbrechen gehabt hatte, da außerdem freie Salzsäure im Magensaft vorhanden war, schloß L. das Vorliegen von Carcinom aus und stellte die Diagnose auf eine Gummiknotenbildung im Magen. Eine antisyphilitische Kur brachte Heilung. *Herhold* (Hannover).

Grenier, Paratyphoïde B avec perforation intestinale. (Paratyphus B. mit Darmperforation.) (*Laborat. d'Oudjda.*) Progr. méd. **41**, S. 114—115. 1913.

Ein 28jähriger Soldat erkrankte unter Fieber, trockner Zunge, Diarrhöen und Kopfschmerzen; nach 8 Tagen plötzliche Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, Bauchmuskelspannung, galliges Erbrechen, hohes Fieber und Pulsbeschleunigung. Die am 10. Tage vorgenommene Laparotomie ergibt diffuse eiterige Peritonitis infolge lentikulärer Perforation einer Ileumschlinge auf der Höhe einer entzündlich geschwollenen Peyerschen Plaque. Tod am 11. Tag. Autopsie ergibt ausgedehnte Entzündung und Hämorrhagien in den Peyerschen Haufen, Schwellung der Mesenterialdrüsen, Milztumor. Die sorgfältige bakteriologische Untersuchung und Impfversuche ergaben, daß es sich um Paratyphus B.-Bacillen handelte und der Fall beweist somit, daß dieser in der Regel nur zu harmlosen Infektionen führende Bacillus ausnahmsweise infolge gesteigerter Virulenz auch schwere letal verlaufende Darmulcerationen erzeugen und die Erkrankung unter einem dem Abdominaltyphus durchaus ähnlichen Symptomenkomplex durch Perforation und Peritonitis letal verlaufen kann. *Adler* (Berlin-Pankow).

Cole, Clarence L., Early operation for perforation in typhoid fever. (Frühzeitige Operation bei Perforation von Typhusgeschwüren.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 122—123. 1913.

1 Monat nach Ablauf eines Typhus Erscheinungen von Darmperforation. Operation

6 Stunden später. Perforation sitzt an der Kuppe eines falschen Pulsions-Divertikels, auf dem Boden eines Typhusgeschwüres entstanden. Abtragung, Verschluß durch Lembertnaht. Durch zu ausgedehnte Tamponade Darmverschluß. Enterostomie. Später Beseitigung der Kotfistel. Heilung. 3 Abbildungen. *Wiemann* (Flensburg).

Wurmfortsatz:

Sorge, Beitrag zur Rizinusbehandlung der Blinddarmentzündung. (*Rotes Kreuz, Kassel.*) Therap. Monatsh. **27**, S. 185—189. 1913.

Kritiklose Verordnung von Abführmitteln kann für den Kranken zum Verhängnis werden. Es ist anzunehmen, daß das Rizinusöl, welches nach röntgenologischen Beobachtungen auch noch im Dickdarm den Darminhalt vorwärts treibt, den Durchbruch eines im entzündlichen Zustande befindlichen Wurmfortsatzes begünstigt. Bei chronischen und subakuten Fällen ist Rizinusöl zur Sicherung der Diagnose erlaubt. Treten Reizerscheinungen auf, so wird sofort operiert. Als Beleg für die ungünstige Wirkung des Rizinusöls werden 10 Krankengeschichten mitgeteilt. *zur Verth* (Kiel).

Robineau, M., Du choix de l'incision dans les opérations pour appendicite. (Über die Wahl des Einschnitts bei Appendicitisoperationen.) Journal de méd. de Paris **33**, S. 183. 1913.

Verf. legt den größten Wert auf sehr kleine Schnitte, im Durchschnitt 17—18 mm lang. Er führt sie aus nach Art des Wechselschnitts. Neben dem Unsichtbarwerden der Narbe nach Verlauf von 2 bis 3 Monaten sind ihre Vorteile sichere Verhinderung der Eventration und sehr schnelle Wiederherstellung. Als einziger Nachteil wird eine geringe Verzögerung des Operationsaktes angeführt. *zur Verth* (Kiel).

Hauch, Über Spätblutungen bei Appendicitis. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **83**, S. 294—319. 1913.

Verf. bespricht, veranlaßt durch 4 Todesfälle infolge von Spätblutung nach Appendectomie, welche im Laufe des letzten Jahres im Eppendorfer Krankenhause beobachtet worden sind, die Ursachen dieser Komplikation und die Art ihres Auftretens. Er teilt die bei Appendicitis vorkommenden Blutgefäßkomplikationen nach Hoffmann ein in Arrosionsblutungen, thrombotische und embolische Vorgänge und Gangrän. Arrosionsblutungen ereignen sich bei perityphlitischen Abscessen verhältnismäßig selten; sie sind beobachtet worden sowohl sofort nach der Incision als auch während der Nachbehandlung, können sich jedoch auch schon vor der Eröffnung des Abscesses einstellen, erkennbar durch auffallend schnelle Entwicklung einer erheblichen Resistenz. Die Quelle der Blutung waren am häufigsten die Iliacalgefäße. Eine weit größere Bedeutung haben die aus Gefäßen des Magen- bzw. Darmschlauches in das Lumen dieser Organe erfolgenden Blutungen, wie sie bisweilen nach und infolge von Blinddarmoperationen (vom Verf. in 2 Fällen, welche tödlich verliefen) beobachtet worden sind. Verf. geht der Ursache dieser Blutungen nach, welche wie bekannt auch nach anderen Operationen im Abdomen auftreten und sehr verschieden heftig sein können, und bespricht die verschiedenen über das Zustandekommen dieser postoperativen Blutungen aufgestellten Hypothesen. Am häufigsten werden nach Payr der Magen, dann erst das Duodenum und am seltensten die übrigen Abschnitte des Darmkanals (am seltensten der Dünndarm) durch postoperative Blutungen betroffen. Die Veränderungen in diesen Organen können sehr mannigfaltig sein: typische Magen- und Darmgeschwüre, Hämorrhagien, Erosionen und Infarkte ohne Geschwürsbildung können vorhanden sein, in anderen Fällen kann auffallenderweise eine sichtbare Gewebsveränderung auch fehlen. Von den bis jetzt veröffentlichten 31 Fällen von Spätblutung bei Appendicitis sind 15 an dieser Komplikation gestorben. Es handelte sich im allgemeinen um schwere Fälle von Appendicitis und schwierige Operationen. Das Erbrechen von bluthaltigem Mageninhalt setzte meist schon am Tage nach der Operation ein. Bei 2 von Riese erwähnten Fällen ereigneten sich die Blutungen schon vor der Operation. Verf. empfiehlt bei den Arrosionsblutungen die Tamponade, wenn die blutende Stelle nicht leicht zugänglich gemacht werden kann. Bei Blutungen in den Darmkanal kommt die übliche medikamentöse und diätetische Behandlung blutender Magengeschwüre in Betracht; ein chirurgischer Eingriff dürfte

bei dem ohnehin geschwächten Allgemeinzustand der Patienten und der unsicheren Lokalisation der Blutung wohl nur in den seltensten Fällen zum Ziele führen.

Oehler (Freiburg i. B.).

Dickdarm und Mastdarm:

Lebon et P. Aubourg, Contractions réflexes du gros intestin. (Reflexbewegungen des Dickdarms.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris **5,** S. 24—25. 1913.

Distaso, A., Über die Giftigkeit der normalen Dickdarmextrakte. (*Roy. inst. of publ. health, London.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig. **16**, S. 466—475. 1913.

Extrakte aus der Dickdarmwand von Kaninchen (1 : 2 phys. NaCl-Lösung) erzeugen bei Kaninchen, intravenös injiziert, ein eigentümliches Krankheitsbild. Die Tiere fallen auf die Seite, zeigen Auftreibung des Abdomens und Protrusio bulbi, das Leben scheint stillzustehen, aber nach 5—7 Minuten wird die gehemmte Atmung wieder frequenter, die Kaninchen setzen sich auf und erholen sich in kurzer Zeit völlig; akuter Exitus konnte niemals beobachtet werden. Die Wirkung war vom Alter und Gewicht der injizierten Tiere völlig unabhängig. Die Extrakte verlieren die Giftigkeit durch einstündiges Erhitzen auf 60° C, durch Filtration (Berkefeld-Kerzen), durch Einwirkung von absolutem Alkohol, durch Dialyse (Entfernung der als Aktivatoren des Giftes fungierenden Salze), werden durch Zufügen von frischem Serum, Gelatine oder Fibrin abgeschwächt, durch Zusatz von Natriumcitrat verstärkt, besitzen demnach die Eigenschaften von Diastasen. Extrakte aus der Dickdarmwand von Kaninchenföten sind unwirksam, während Extrakte aus fötaler Kaninchenlunge toxisch sind und akut töten; die Träger der Giftigkeit der Dickdarmextrakte bilden sich also erst während des extrauterinen Lebens und können in Anbetracht dieses Umstandes und der differenten physiologischen Effekte nicht mit den toxischen Stoffen der Extrakte anderer Organe identifiziert werden. *Doerr* (Wien).[M]

Mayer, Clifford, Congenital absence of rectum and large intestine. (Angeborenes Fehlen von Mastdarm und Dickdarm.) (*Countess of Dufferin hosp., Baroda.*) Brit. med. journal **2723,** S. 498—499. 1913.

Ein 3 Tage altes Hindumädchen wurde mit Ileuserscheinungen eingeliefert. Etwas Meconium war am ersten Tage abgegangen, seitdem nur Schleim und Blut. Rechts teigige Geschwulst palpabel. Diagnose: Intussusception. Die Operation zeigt einen extrem dilatierten Darm. Anlegung eines Anus praeternaturalis. Zuerst guter Verlauf. Nach 3 Wochen Verfall und Exitus. Die Sektion zeigte, daß nur ein kurzes Stück Rectum vorhanden war; das übrige Rectum und Colon war nur als dünner weißer Strang nachweisbar. Das blinde Ende des Darms war vollkommen vom Mesenterium entblößt. *Schlesinger* (Berlin).

Fago, Matteo, Contributo allo studio sul megacolon congenito. (Beitrag zum Studium des angeborenen Megakolons.) Gaz. degli osp. e delle clin. **34,** S. 300—306. 1913.

Zunächst stellt Verf. fest, daß obiges Krankheitsbild fälschlicherweise als Hirschsprungsche Krankheit bezeichnet werde, da schon 1846 Favalli dieselbe als erster beschrieb. In Anlehnung an die Einteilung Concettis bespricht Verf. die verschiedenen Typen des Megalokolons. 1. Einfache Megalokolia, bei denen das Längenverhältnis des Dünndarm zum Dickdarm, das normalerweise 7 bzw. 8 : 1 beträgt, zugunsten des letzteren vermehrt ist. 2. Megalokolia, bei denen Gesamtverdickung des Kolons sowohl im Gesamtdurchmesser als in der Wandverdickung vorherrscht. 3. Erweiterung nur eines Kolonteiles mit oder ohne kompensatorische Hypertrophie und Dilatation des zentralen Kolonabschnittes. Die pathologischen Veränderungen der einzelnen Darmwandschichten dieser Darmabschnitte werden genau besprochen. Diese sind zurückzuführen auf embryonale Ursachen nervösen und zirkulatorischen Ursprunges. Weiterhin wird die Symptomatologie dieser Erkrankung beim Neugeborenen, bei Kindern und bei Erwachsenen genau besprochen. Der Tod erfolgt durch Autointoxikation, Darmkolik, Perforationsperitonitis, Darmverschluß oder durch Kachexie.

In mehr als 57,7% der Fälle endet die Krankheit letal. 75,6% aller Erkrankten gehören dem männlichen Geschlecht an. Die Ätiologie der Erkrankung ist noch unbekannt, meist ist sie kongenital. Die interne Behandlung des Leidens ist erfolglos. Verf. bespricht nun die einzelnen Operationsmethoden und verwirft die Kolostomie (hochsitzender Anus praetern., Kräfteverfall). Bessere Resultate erzielt die Ileosigmoideostomie oder die partielle oder totale Kolonektomie. Die ideale Operation sieht Verf. in der von Parlavecchio vorgeschlagenen Kolonplicatio, da sie auch anatomisch wieder normale Verhältnisse schafft. *Burk* (Stuttgart).

Fieschi, Davide, Prolasso del retto. (Mastdarmvorfall.) (*Osp. magg., Bergamo.*) Clin. chirurg. **21,** S. 375—385. 1913.

Verf. bespricht eingehend die Anatomie, Physiologie und Pathogenese der Erkrankung, die verschiedenen, bisher angegebenen Operationsmethoden und seine eigenen Fälle. Aus den verschiedenen ätiologischen Erklärungsversuchen der Erkrankung ergibt sich für den Verf. die Tatsache, daß der Keim der Frage sich auf Schaffung eines resistenten Beckenbodens und auf die richtige Funktion des Hebeapparates des Rectums konzentriert. Er sieht mit Rotter in der unzulänglichen Zusammensetzung des Schließapparates des Rectums die Hauptursache des Vorfalles. Er bespricht den physiologischen Akt der Defäkation, der in einem Druck des Mastdarmes von oben her auf die Kotsäule besteht, über die dann mit Hilfe des Levator der Sphincter emporgestreift wird. Bei Insuffizienz des letzteren, bedingt durch die verschiedensten Ursachen, kommt es dann zum einmaligen, bei Fortbestehen der Schädlichkeiten zum dauernden Prolaps. Auf diese Überlegungen gründet Verf. sein Operationsverfahren.

Dasselbe besteht in Excision zweier gleichseitigen Hautdreiecke von 7 cm Seitenlänge zu beiden Seiten des Afters zwecks fester Narbenbildung daselbst. Dann werden die Verbindungsstränge zwischen Levator und Sphincter getrennt, wodurch der Analring heruntertritt, während der Levator um 6 cm in die Höhe steigt. Nun wird aus dem unteren Steißbeinansatz des Glutaeus maximus beiderseits je ein 10 cm breites, 3 cm dickes Muskelbündel abgetrennt, das nun so gedreht wird, daß es um die Analöffnung herumgeführt, und vorn am Lig. arcuatum inf. der Schamfuge durch je 3 Catgutknopfnähte fixiert wird. Darüber werden die dreieckigen Hautdefekte geschlossen. Auf diese Weise erreicht Verf. eine funktionelle Trennung von Sphincter und Levator und eine Verstärkung des Beckenbodens. *Burk* (Stuttgart).

Vilaplana, J., Inutilidad ó inconveniencia de las cánulas largas en las irrigaciones intestinales. (Die langen Kanülen sind bei den Darmeinläufen unnötig und zwecklos.) La crónica médica **25**, S. 41—42. 1913. (Spanisch).

Verf. empfiehlt für Darmeinläufe kurze weiche Sonden von 6—10 cm Länge, da es nicht möglich ist, die Sonde tiefer als bis zum S/roman. einzuführen, und das Tiefeinführen der Sonde eine Reizung der Schleimhaut hervorruft. *Lazarraga* (Marburg).

Cole, Percival P., The intramural spread of rectal carcinoma. (Über das Wachstum des Rectumcarcinoms in der Darmwand.) (*Cancer hosp. pathol. laborat.*) Brit. med. journal **2722,** S. 431—433. 1913.

Verf. weist darauf hin, daß gerade so wie verschiedene Meinungen über die chirurgische Behandlung des Rectumcarcinoms bestehen, es eben solche Differenzen über die pathologische Anatomie dieser Erkrankung gibt. Nach Miles müßte man zwischen dem Wachstum dieses Krebses innerhalb und außerhalb der Darmwand unterscheiden Verf. bespricht zuerst das Material für diese Untersuchung, bestehend aus 18 durch die Operation, und 2 bei der Obduktion gewonnenen Carcinomen. Alle Fälle ergaben Adenocarcinome. Das Wachstum des Tumors zeigt mehr eine Tendenz im zirkulären Sinn fortzuschreiten als in der Längsrichtung, und zwar geht das Carcinom fast immer von der vorderen oder seitlichen Wand aus, während die mittlere hintere Wand frei bleibt, auch in solchen Fällen, bei denen die klinische Untersuchung einen völlig zirkulären Tumor ergab. Histologisch konnte Verf. nachweisen, daß das Carcinom vom Epithel der zwischen Muscularis und Submucosa gelegenen Drüsen ausgeht und so das

Carcinom ursprünglich von normaler Schleimhaut bedeckt ist. Vom Drüsenepithel kann der Tumor nach zwei Richtungen hin wachsen: entweder dringt er unter die Submucosa, schädigt dort die Ernährung der Mucosa, es entsteht dort ein Ulcus, dessen Boden das Carcinom darstellt; oder es kommt zu einem direkten Durchbruch des Carcinoms durch Submucosa und Mucosa, ohne Ulcusbildung; es ist so die Submucosa und die Muscularis vom Tumor mehr ergriffen und das Wachstum des Carcinoms stellt einen Kegelstumpf dar, dassen Basis in der Muscularis gelegen ist. Das Stroma des Tumors selbst hat die Tendenz zu schrumpfen, während es in dem anliegenden, herzugezogenen, vom Tumor noch nicht ergriffenen Gewebe zu einer Ektropionierung kommt, was auch typisch für die Carcinome mit anderen Lokalisationen ist. Dieser so entstehende Wall ist ein Zeichen dafür, daß die tiefer als das Ulcus liegenden Partien vom Tumor in größerem Ausmaß ergriffen sind. Die Tendenz der Carcinome zirkulär in der Darmwand fortzuwuchern, ist auf die radiäre Anordnung der Lymphbahnen im Lymphplexus, der zwischen der Ring- und Längsmuskelschicht liegt, zurückzuführen. Es besteht ferner eine Kommunikation zwischen den Lymphbahnen in der Darmwand selbst und den Drüsen. die einerseits an der hinteren Seite des Rectums unter der Fascia propria als Ano-rectaldrüsen, andererseits als Mesokolondrüsen zwischen den beiden Blättern des Mesokolons liegen. So ist also der Sitz des Tumors in der Mucosa kein Maßstab für sein Wachstum innerhalb und außerhalb der Darmwand. Dies beweist ein Fall eines Kolloidcarcinoms bei dem 14 Zoll oberhalb des maskropisch erkennbaren Tumors die Schleimhaut des Darmes atrophisch war, sich histologisch keine Carcinominfiltration daselbst fand, während in sämtlichen Lymphbahnen, die zwischen Submucosa, den Ring- und Quermuskeln liegen, Carcinomzellen zu finden waren.

Körbl (Wien).

Viannay, Charles, Neuf cas de résection partielle du côlon pour cancer, dont cinq en un temps. (Bericht über 9 Dickdarmresektionen [5 einseitigen] wegen Carcinom.) Arch. provinc. de chirurg. **22**, S. 39—54. 1913.

Ausführliche Krankengeschichten. Von den 4 mehrzeitig operierten starben 2, während sämtliche 5 einzeitig Operierten genasen. Die einzeitige Resektion verdient daher den Vorzug und sollte möglichst immer ausgeführt werden, wenn keine Okklusionserscheinungen bestehen und die Funktion von Herz, Lungen, Leber und Niere ungestört ist. *Jung* (Straßburg).

Noland, Lloyd, The whitehead operation for haemorrhoids. A report of 200 cases. (Über die Whiteheadsche Operation der Hämorrhoiden.) Surgery, gynecol. a. obstetr. **16**, S. 213—215. 1913.

Verf. sagt, daß die Operation auch in Amerika in Mißkredit gekommen sei. Nach Erprobung der verschiedenen anderen Operationsmethoden, will sie Verf. für jene Fälle angewandt wissen, bei denen es sich entweder um Hämorrhoiden handelt, die breitbasig dem ganzen Sphinkter aufsitzen, oder innerhalb des Rectums einen großen Teil der Circumferenz einnehmen. Die Vorwürfe, die gegen die Operation erhoben werden, sind: starke Blutungen während der Operation, Schädigung der Funktion (Inkontinenz, Striktur), ferner die Schwierigkeit der Operation und die lange Dauer derselben. Bei richtiger Anwendung der Methode können diese Nachteile nicht eintreten. Die Resultate der Operation, die der Verf. in 200 Fällen innerhalb eines Zeitraums von 6 Jahren ausführte und von denen er die meisten längere Zeit nachbeobachtete, sind folgende: Strikturen wurden nur in 2 Fällen beobachtet; sie waren auf fehlerhafte Technik zurückzuführen und wurden durch Incisionen der Narbe behoben; Infektion, Nachblutung, oder Recidive traten in keinem Fall auf; ein einziger Fall war durch kurze Zeit inkontinent. Die Operation dauert meist kaum 25 Minuten. Wenn auch bei der Whitheadschen Operation ein größerer Blutverlust erfolgt als bei anderen Methoden, so war derselbe nie bedenklicher Natur. Harnretention wurde selten beobachtet. (Die Vorbereitung besteht in Klysma und Verabreichung von Olium Ricini

8 Stunden vor der Operation.) Als Anästheticum wird Äther verwendet; wenn dieser kontraindiziert, Spinalanästhesie mit Stovain.

In Steinschnittlage wird der Sphinkter entweder manuell oder mit einem Dilatator gedehnt; hierauf wird das Rectum mit warmem Wasser ausgespült und mit Hilfe des Sphinkteroskopes ein Gazetampon in das Rectum eingeführt, und die Analgegend mit 60 proz. Alkohol gereinigt. Hierauf wird mit T-förmigen Klemmen genau die ganze Circumferenz des Überganges der Schleimhaut in die Haut gefaßt. Dabei ist darauf zu achten, daß nur der äußerste Rand gefaßt wird. — Unter Einführung des Zeigefingers wird dieser Rand rings umschnitten, der Sphinkter so scharf abgelöst; hierbei müssen die Schnitte rechtwinklig zum Rand geführt werden, dann treten auch keine Blutungen ein, die Schleimhaut reißt nicht ein und der vollständige Umfang des Sphinkters kann schnell dargestellt, werden, der dann wieder zurückschnurrt. Hierauf wird im Kreis, oberhalb der Hämorrhoiden, normale Schleimhaut mit den Klemmen gefaßt, wobei beachtet werden muß, daß die Schleimhaut ohne Spannung an die äußere Haut gelegt werden kann, und der Muskel nicht mitgefaßt wird. — Abspülung mit heißer Kochsalzlösung. Incision in der Längsachse der vorgezogenen Darmschleimhaut und Anlegung der ersten Naht durch die Haut und den Winkel der Schleimhaut, den der Einschnitt bildet; diese Naht wird fortschreitend unter Excidierung der Schleimhaut angelegt. Nach Beendigung wird ein mit Gaze umwickeltes und mit Jodoformsalbe bestrichenes Gummidrain eingeführt. — Eine Ligatur braucht selten gemacht werden, wenn die Nähte in einem genügend kleinen Winkel von der Längsachse des Darmes angelegt werden; man benötigt 18—30 solcher Nähte von nichtresorbierbarem Material. — Hauptsache ist, daß die Darmschleimhaut genau an die Haut adaptiert wird, so daß keine Haut- oder Darmfalten den Anusausgang verkleinern. Das Drain wird nach 24 Stunden entfernt, 3 Tage wird noch Jodoformsalbe eingerieben, am 4. Tage Olium Ricini verabreicht. Patient steht am 4. Tage auf und verläßt am 7. Tage das Spital. *Körbl* (Wien).

Joanin, A., Emorroidi e varici. Studio terapeutico. (Hämorrhoiden und Varicen. Therapeutische Studie.) Gaz. med. di Roma **39,** S. 114—121. 1913.

Reklame für ein Präparat der Roßkastanie „Intractum castaneae Indicae. Dausse, welches durch Wirkung auf das periphere Gefäßsystem die Schmerzen in den Venenknoten beseitigen, die Varicen oft heilen soll. Anwendung. 5% Lösung 2 mal 5 Tropfen in Wasser vor dem Essen. *Hotz* (Würzburg).

Crookall, A. C., A case of pelvi-rectal fistula treated with Bismuth paste. (Fall von Becken-Mastdarmfistel mit Wismuthpaste behandelt.) Internat. journal of surg. **26,** S. 54—55. 1913.

Bichat et Job. Empalement. Plaies du rectum et de l'S iliaque. Laparotomie. Guérison. (Pfählungsverletzung des Mastdarms und Sigmoideum. Laparotomie. Heilung.) Rev. méd. de l'est **40,** S. 131—135. 1913.

Kasuistischer Beitrag: das verletzte Kind kam innerhalb 4 Stunden zur Operation. *Draudt* (Darmstadt).

Leber- und Gallengänge:

Chauffard, A., Abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches. Guérison rapide par l'émétine. (Dysenterischer Leberabcess, welcher in die Bronchen durchgebrochen ist.) Rev. de thérap. **80,** S. 181—186. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt **I,** S. 372.

Lippens, Adrien, Abcès du foie et du poumon consécutifs à la soi-disant lithiase. (Leber- und Lungenabsceß infolge scheinbarer Gallensteinerkrankung.) Journal de chirurg. **13** et ann. de la soc. belge de chirurg. **21,** S. 21—26. 1913.

Beschreibung eines Falles, wo es nach 2 Kolikanfällen, die als Gallensteinkoliken aufgefaßt wurden, zu septischer Cholangitis gekommen war, die Operation aber, die in Choledochotomie und Cystostomie bestand, keine Steine nachwies. 14 Tage nach der Operation wurde nach Resektion der 11. Rippe ein Lungenabsceß eröffnet, der mit einem Bronchus und durch ein Frankstück großes Loch im Zwerchfell mit einem Leberabsceß kommunizierte; Drainage, Heilung. *Salzer* (Wien).

Lomon, Radiographies d'un cas de lithiase hépatique. (Röntgenaufnahme eines Falles von Gallensteinen.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris **5,** S. 77—78. 1913.

2 Steine im Cysticus. In einem anderen Falle entsprach ein als Gallenstein gedeuteter Schatten einem Lebercarcinom. *Frangenheim* (Leipzig).

Nikitin, Primärer Krebs der Gallengänge. Praktitschesky Wratsch S. 129—132. 1913. (Russisch.)

Verf. publiziert 2 Fälle von Carcinom des Ductus choledochus, die als wahrscheinlich diagnostiziert und bei der Sektion tatsächlich gefunden wurden. Verf. hält für diagnostisch maßgebend Schwankungen in der Größe der Leber, Konsistenz der Gallenblase und Ikteruserscheinungen. Jucken, als Begleiterscheinung bei Ikterus und Verfall des Organismus sind charakteristische Symptome. *Joffe* (Dorpat).

Marcora, Ferruccio, Intorno ad un tumore raro della cistifellea. (Seltener Tumor der Gallenblase.) (*Istit. di patol. med., univ. Pavia.*) Policlin., Sez. med. **20,** S. 28—34. 1913.

Beschreibung eines großen, Gallenblase und Leber umfassenden Tumores. (Sektionsbefund bei 58jähr. Frau mit Gallensteinen.) Die histologische Untersuchung zeigte zweierlei dicht ineinander gewachsene Tumorteile. 1. Plattenzellencarcinom mit Verhornung und Perlenbildung. 2. Ein Adenocarcinoma cylindrocellulare mit Schleimproduktion. Verf. nimmt an, es handle sich um zwei getrennte aber gleichzeitig entwickelte Tumoren. Das Carcinom von ektodermalem Typus dürfte ausgehen von dem metaplasierten Epithel der Gallenblase, das andere von den Schleimdrüsen. Metastasen im linken Leberlappen zeigten nur Drüsencharakter. *Hotz* (Würzburg).

Gosset, La cholécystectomie d'arrière en avant. (Exstirpation der Gallenblase von hinten nach vorn.) Gaz. des hôp. **86,** S. 442. 1913.

Da in den meisten Fällen von Cholecystitis der unterste Teil des Ductus cysticus normal zu sein pflegt, so empfiehlt Verf. auf Grund von 32 glücklich verlaufenen Fällen bei der Cholecystectomie zuerst den Cysticus zu durchtrennen und dann von hinten nach vorn die Gallenblase aus ihrem Bett auszulösen. Die Vorteile dieses Vorgehens erblickt Gosset in der leichten Unterbindung der Gefäße und in der dadurch bedingten schnellen Blutstillung. Die Ablösung der Gallenblase soll sich danach ohne Schwierigkeiten unter größter Schonung des Lebergewebes vollziehen. *Neupert* (Charlottenburg).

Sasse, F., Über Choledocho-Duodenostomie. (*St. Marienkrankenh., Frankfurt a. M.*) Arch. f. klin. Chirurg. **100,** S. 969—984. 1913.

Bisher wurden nur auf Grund absoluter Indikationen neue künstliche Verbindungen zwischen Gallensystem und Darm hergestellt. Bei der Frage, ob auch relative Indikationen für eine Anastomosenbildung aufzustellen sind, ist Vorbedingung, daß möglichst natürliche Abflußverhältnisse für die Galle geschaffen werden und daß der Eingriff an sich die meist schon eingreifende Primäroperation durch Schwierigkeit und Gefährlichkeit nicht noch weiterhin kompliziert. Diesen Anforderungen entspricht nur die Choledocho-Duodenostomie; denn bei ihr fließt die Galle fast an normaler Stelle in den Darm und kann so ihre physiologische Funktion bei der Verdauung erfüllen; ihr Fluß ist kontinuierlich, Stauung und infolgedessen Infektion der Gallenwege, ascendierende Cholangitts unmöglich; bestehende Infektion findet durch den regelmäßigen Abfluß der Galle die günstigsten Bedingungen zur Ausheilung. Die Benützung der Gallenblase zur Anastomosenbildung schafft dagegen unnatürliche Verhältnisse, die, wie aus der Literatur ersichtlich, in manchen Fällen zur Infektion der Gallenblase und aufsteigenden Cholangitis führten. Für die Behandlung von Infektionszuständen des Choledochus und des Gallensystems, wie sie bei Choledochusstein, ferner bei Cholangitis sine concremento vorkommen, wurde bisher wohl allgemein die Incision des Choledochus bzw. Hepaticus mit nachfolgender Drainage angewandt. Als Gründe für diese Art der Behandlung galten folgende: 1. Eliminierung des infizierten Sekretes aus dem Körper. 2. Beseitigung der Stauung der Galle. 3. Lokale Behandlung der Gallengänge durch Spülungen. 4. Möglichkeit, etwa zurückgebliebene Steine zu entfernen. Die Prüfung der Stichhaltigkeit dieser für die Anwendung der Choledochusdrainage bisher angeführten Gründe besonders auch mit Rücksicht auf die vorgeschlagene Choledocho-Duodenostomie ergibt: Punkt 1 ist unwesentlich, da die die Galle infizierenden Bakterien normalerweise stets im Darm vorhanden sind, es also unschädlich ist, wenn sie bei der Anastomose durch die Galle in den Darm gelangen. 2. Beseitigung der Gallenstauung, die Hauptsache, wird durch eine Anastomose, wie

die vorgeschlagene viel vollkommener erreicht als durch die Drainage. Punkt 3 hat untergeordnete Bedeutung, da das Wesentliche für die Ausheilung der Infektion stets der freie Abfluß der Galle bleibt. Spülungen, welche die in der Leber liegenden höheren Gallengänge erreichen, müßten unter sehr hohem Druck geschehen; durch solche aber könnte doch gerade die Infektion weiter nach oben getrieben werden. Auf Verengerungen des Choledochus an der Papille haben aber Spülungen doch kaum eine Einwirkung. Punkt 4 ist ohne Bedeutung. Ein etwa zurückgebliebener Stein kann bei Anastomose leicht in den Darm gelangen, rutscht er aber über die Anastomose hinaus weiter papillarwärts, so ist er ganz unschädlich, da er keine Gallenstauung machen kann. Die Drainage bietet keine Vorteile demnach, sondern schwere Nachteile in vielen Fällen, z. B. den großen Verlust von Galle, die für die Verdauung doch sehr wichtig, damit zugleich Wasserverlust für den Körper, die Gefahr der Entstehung eines Decubitalgeschwüres durch die Drainage mit nachfolgender Verengerung des Ganges, Abknickung usw. Die lange Dauer der Wundbehandlung, alles dies fällt bei der Anastomose weg. Nicht in jedem Fall von Choledochotomie ist auch eine Anastomose so anzulegen, Anastomosenbildung ist nur dann anzulegen, wenn der Gallenabfluß behindert ist. Steine werden selbstverständlich stets entfernt. Ist der Abfluß der Galle durch die Papille ganz unbehindert, dann wird, falls nicht schwere Infektion der Gallenwege vorliegt, stets primäre Choledochusnaht gemacht. Zur Feststellung der Durchgängigkeit der Papille genügt die Sondierung nicht, sondern es wird mittels Gummidrain und Spritze sterile Kochsalzlösung darmwärts in den Choledochus gespritzt. Fließt die Lösung leicht ab, wird primäre Naht gemacht; staut sich die Lösung aber auch nur teilweise zurück, besteht eine Behinderung des Gallenabflusses, so muß die Anastomose angelegt werden. Diese ist auch stets indiziert, wenn möglicherweise kleinere Steine höher oben in der Leber gelegen zurückgelassen wurden. Die Technik der Operation ist folgende:

Am leichtesten ist die Anastomose dort anzulegen, wo der Choledochus hinter das Duodenum tritt. Dessen oberer Rand wird noch etwas zurückpräpariert und nach abwärts gezogen und nun die Incision in den Choledochus in Längsrichtung an dieser Stelle 1—1½ cm lang angelegt. Nun Entfernung von Steinen, genaue Absuchung des Ganges. Nun wird gegenüber der Längsincision des Choledochus eine Querincision am Duodenum angelegt. Vereinigung der Öffnungen durch einige die ganze Dicke der Wandungen durchsetzende Catgutnähte. Darüber feine nur Serosa und Muscularis fassende Seidennaht. Dauer der Operation 10 bis 15 Minuten. Durch das Abwärtsdrücken wird das Duodenum zugleich so komprimiert, daß so gut wie kein Darminhalt austritt. Zuletzt ausgiebige Tamponade. Der Verf. hat in allen Fällen die Gallenblase entfernt und den Cysticus nahe der Einmündung abgebunden, durchtrennt und übernäht. Nicht anwendbar ist die Anastomose in Fällen weit vorgeschrittener schwerer eitriger Cholangitis mit Rücksicht auf den schweren Allgemeinzustand und weil wegen der hochgradig entzündeten morschen Wandung des Choledochus eine Naht nicht heilen würde. Hier ist die Drainage das zweckmäßigere Verfahren. Weiter kann starke Fettsucht sowie ein starrer, gewölbter Thorax mit Leberhochstand die Anlegung der Anastomose sehr erschweren. Die Erfahrung des Verf. mit der Anastomose erstreckt sich auf 11 Fälle, von denen die ersten 2 Jahre zurückliegen. Der Erfolg ist ein andauernd guter, das Resultat in allen Fällen vorzüglich. Der Ikterus schwand stets rasch und kehrte nie wieder, ebenso fiel Fieber sofort ab. Die Naht hielt in 9 Fällen. In 2 Fällen eine Zeitlang Gallensekretion, ohne Nachteil jedoch, nur etwas verzögerte Wundheilung. Genauere Besprechung der einzelnen Fälle. Zum Schluß stellt der Verf. folgende Sätze auf: Die Choledocho-Duodenostomie verdient bei absoluter Indikation, und wenn sie ausführbar den Vorzug vor den andern Verfahren einer Anastomosebildung. Bei relativer Indikation, besonders bei der rezidivierenden Cholangitis cum et sine concremento und der entzündlichen Stenose der Papille, ist die Choledocho-Duodenostomie der Drainage des Choledochus bzw. Hepaticus weit überlegen und verdient Anwendung in weitestem Maße, da sie besser als jede andre Methode den freien Gallenabfluß schafft und vor Rezidiven schützt. Beobachtungen haben gezeigt, daß sogenannte Recidive nach radikal und kunstgerecht ausgeführten Operationen oft nicht auf zurückgelassenen oder neugebildeten Steinen beruhen, sondern auf Stauung und Infektion infolge Stenose der Papille. Hierfür ist beweisend Fall 5 und 6. Es folgen die Krankengeschichten. *Unter-Ecker* (Karlsruhe).

Propping, Karl, Regenerierung des Choledochus nach Einlegen eines T-Rohres. (*Chirurg. Klin., Frankfurt a. M.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **83,** S. 369—378. 1913.

Nach einer Cholecystektomie wurde der supraduodenale **Abschnitt des** Chole-

dochus von einer strikturierenden Entzündung befallen, die zur Obliteration des Ganges führte. In einer zweiten Operation wurde der Gallengang oberhalb und unterhalb der obliterierten Partie eröffnet und der dazwischen liegende Defekt von 4 cm Länge durch die Schenkel eines T-Gummirohres überbrückt, das nach 3 Wochen entfernt wurde. Eine Woche später war die Wunde geschlossen. Doch schon nach wenigen Wochen trat wieder Ikterus auf, der nach $2^1/_2$ Jahren zu einer 3. Operation zwang, bei welcher der neugebildete Choledochus völlig durchgängig und normal gefunden wurde, so daß „ein Unkundiger von dem früheren Defekt nichts hätte wahrnehmen können". Im Bereich der Leberpforte fand sich jedoch eine neue Stenose, die wieder durch Einlegung eines T-rohres geheilt wurde. In einem zweiten Falle wurde das T-rohr bei einem Defekt des retroduodenalen Teiles verwendet und zwar so, daß der eine Schenkel des T-rohres in den Hepatikus, der andere durch eine Witzelsche Schrägfistel ins Duodenum geführt wurde. Die Kranke starb am 12. Tage an einer cholämischen Blutung, bei der Sektion fand sich das T-rohr richtig liegend und funktionierend. Propping hält die Anwendung eines T-rohres im supraduodenalen Teil für besser als das Einlegen eines einfachen Drains in den abführenden Teil des Choledochus (Verhoogen) oder das Versenken eines Drains zur Überbrückung des Choledochusdefektes (Doberauer). Bei Defekten im retroduodenalen Teil kommt neben P.s Verfahren dasjenige von Wilms in Betracht, die Versenkung eines Drains in der Erwartung, daß es später ins Duodenum fällt und abgeht, oder jenes von Voelcker, welcher ein Drain aus dem Gallengang durch die Papille ins Duodenum und durch einen Schrägkanal aus dem Duodenum herausführt. „Die Methode der Protheseneinlegung ist in Notfällen, wenn die direkte Vereinigung der Gallengangsstümpfe oder des Gallenganges mit dem Darm nicht ausführbar ist, durchaus rationell."

Moszkowicz (Wien).

Pankreas:

Frankau, Claude, Two cases of pancreatic cyst with acute symptoms. (Zwei Fälle von Pankreascysten mit akuten Symptomen.) Lancet **184**, S. 519 bis 520. 1913.

In beiden beobachteten Fällen mußte die Operation wegen akuten Ileus- resp. Peritonitiserscheinungen vollzogen werden. Im 1. Falle spontanes Auftreten des Leidens mit appendicitisähnlichen Kolikanfällen, im 2. Falle ging Trauma voraus. Die Diagnose wurde erst bei den Operationen gestellt, ob zwar in beiden Fällen die Untersuchung des Harns eine feine Reduktion der Fehlingschen Lösung ergab. In beiden Fällen wurden die Cysten drainiert. Der 1. Fall besitzt noch insofern Interesse, daß wegen heftiger lebensgefährlicher Blutung, welche 5 Monate nach der 1. Operation aus der noch bestehenden Fistelöffnung erfolgte, die Cyste bis auf ihre flache Rückwand ausgelöst und exstirpiert wurde. In beiden Fällen trat Heilung ein.

Holzwarth (Budapest).

Cholmeley, W. F., Two cases of pancreatic cyst. (Zwei Fälle von Pankreascyste.) Lancet **184**, S. 518—519. 1913.

Der erste Fall ist insofern von Interesse, daß ein 19jähriges Mädchen, welches wegen ileusähnlichen Erscheinungen mit negativem Befunde laparotomiert wurde, 16 Tage nach der I. Operation wegen einem im Epigastrium plötzlich entstandenen Tumor relaparotomiert werden mußte. Bei der II. Operation fand sich eine Pankreascyste, welche drainiert wurde. Im zweiten Falle eine kindskopfgroße Pankreascyste, welche sich 3 Monate nach Erscheinen pankreatitischer Symptome entwickelte. In beiden Fällen war im Urin Zucker nachweisbar. Verf. schreibt im ersten Falle die Symptome, welche einem akuten Darmverschluß glichen, dem Platzen einer kleinen Cyste in das peripankreatische Gewebe zu, und faßt den Fall als Pseudocyste auf, während im 2. Falle laut histologischer Untersuchung der Cystenwand eine wirkliche Pankreascyste vorlag.

Holzwarth (Budapest).

Milz:

Guasoni, Eutimio, Ricerche sperimentali sulla riparazione delle ferite della milza trattate con la sutura. (Experimentelle Untersuchungen über die Ausheilung von genähten Milzverletzungen.) (*Istit. di patol. e clin. chirurg., univ. Camerino.*) Clin. chirurg. **21**, S. 354—360. 1913.

Aseptische Milzverletzungen, die genäht werden, heilen mit bindegewebiger Narbenbildung.

Pulpa und lymphatisches Gewebe nehmen nicht teil an den Heilungsvorgängen. Das Bindegewebe stammt von dem Milz- und Kapselbindegewebe. Die Seidennaht ist vollkommen unschädlich und führt zu keiner Reaktion von seiten des lymphatischen Gewebes. *Naegeli.*

Ewald, C. A., Milzvenenthrombose mit tödlicher Magenblutung. Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 398—400. 1913.

Bei einem 48jährigen Manne findet sich ein mäßiger Milztumor, dessen Ätiologie klinisch nicht sichergestellt werden konnte. Die Obduktion ergab Thrombose und Kanalisierung der Milzvene, die den Milztumor hinlänglich erklären. Die letale Magenblutung faßt Ewald als eine sog. parenchymatöse auf, die auf dem Wege der erweiterten V. gastricae breves und der V. gastroepiploica sinistra erfolgt ist.

Joannovics.[x]

Uhlemann, Walter, Spontanruptur af infektionsmjälte. (Spontanruptur eines entzündlichen Milztumors.) Allmänna Svenska Läkaretidningen **10**, S. 159—162. 1913. (Schwedisch.)

Eine 15jährige Magd, immer in ihrer Heimat, Dalekarlien, wohnhaft, die früher immer gesund war, erkrankte mit Anginasymptomen nebst Schüttelfrost. Nach kurzer Verbesserung 14 Tage danach hohes Fieber und heftige Schmerzen im Bauch, in der Gegend der linken Rippenbogenrand lokalisiert. Die Schmerzen dauerten die folgenden Tage fort. Schließlich 5 Tage nach Beginn der Schmerzen beim Bettmachen, als die Patientin sich aufrichten wollte, plötzlicher Kollaps. Den folgenden Tag Laparatomie bei deutlichen Peritonitissymptomen. Bei der Operation wurden eine freie Blutung in der Bauchhöhle und eine fibrino-purulente Peritonitis festgestellt. Die Milz war bedeutend vergrößert, weich. Auf der konvexen Fläche war die Kapsel rupturiert. Splenektomie. Letaler Verlauf. Die pathologische Untersuchung der Milz (Professor Quensel, Uppsala) zeigte, daß es sich um irgendeiner Form eines entzündlichen Milztumors handelte. Die Follikeln nicht bemerkenswert vergrößert, die Pulpazellen hyperplastisch. Die pathologische Untersuchung konnte dagegen keine endgültige Erklärung der Blutung, die deutlich subkapsulär war und die Ruptur veranlaßt hatte, geben. Bakterienfärbung negativ. Alle gewöhnlichen, in der Literatur beschriebenen Milzkrankheiten, bei welchen eine spontane Milzruptur vorzukommen pflegt, können nach dem Verf. in diesem Falle mit größter Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Das Resultat der epikritischen Behandlung des Falles ist: es liegt ein Fall von entzündlichem Milztumor unbestimmter Art vor, in welchem ohne bestimmbare Ursache eine subkapsuläre Blutung entstanden ist, die eine Blutung der Kapsel mit folgender Peritonitis und freier Blutung in der Bauchhöhle veranlaßt hat. Die Behandlung solcher Fälle darf nur eine chirurgische sein. *Giertz* (Umeå [Schweden]).

Ricci, Serafino, Sulla compressione temporanea dell'ilo della milza. (Über die temporäre Kompression des Milzstieles [Vorläufige Mitteilung].) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig. S. 206. 1913.

Nachprüfung der Sheldonschen Experimente, durch temporäre Ligatur des Milzstieles traumatische Milzhämorrhagien zu stillen. Im Gegensatz zu Sheldon, der angibt, die temporäre Abklemmung des Milzstieles durch 4—8 Stunden genüge einerseits zur Stillung jeder Milzblutung und sei anderseits unschädlich für die anatomisch-histologische Intoxität der Milz, selbst bei achtstündiger Einwirkung der elastischen Klemme, findet Ricci, daß 1. die elastische Ligatur des Milzstieles nur Blutstillung bewirke bei ganz oberflächlicher, das Parenchym nicht nennenswert involvierender Milzwunde; 2. bei tieferen Verletzungen der Milz, auch nach achtstündiger Kompression des Stieles, Kaninchen und Hunde stets an Nachblutung aus der Wunde zugrunde gehen; 3. das Milzparenchym zwar höchstens vier Stunden ohne Schaden die Unterbrechung des arteriellen Zuflusses ertrage, bei längerer Dauer derselben jedoch sich histopathologische Veränderungen einstellen, die von der Dauer der Ischämie und von dem Zeitraum abhängig sind, der zwischen dem Experiment und der Tötung des Tieres liegt. *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Nebennieren:

Lafforgue, La notion d'insuffisance surrénale: quelques applications cliniques. (Einige klinische Bemerkungen über die Nebenniereninsuffizienz.) Progr. méd. **41**, S. 69—70. 1913.

Lafforgue hält den Symptomenkomplex der Nebenniereninsuffizienz für diagnostisch und therapeutisch wertvoll bei Scarlatina sine exanthemate und verschiedenen anderen Erkran-

kungen. L. referiert über drei Fälle, auf die er seine Schlüsse baut. Einmal diagnostizierte er einen Scharlach ohne Exanthem aus dem Vorhandensein der Asthenie und dem negativen Vasomotorismus. Die später auftretende Schuppung bestätigte die Diagnose. Bei einem zweiten ausgesprochenen Scharlachfall, der die Zeichen der Nebenniereninsuffizienz darbot mit vorherrschender Herzschwäche, behob L. die Herzschwäche auffallend schnell durch Adrenalindarreichung. Er schließt aus dem Erfolg seiner Therapie, daß die Herzschwäche bei Scharlach eine Folge des Adrenalinmangels sein kann. Der dritte Fall betrifft eine Kropfoperation, nach welcher sich schwere Erscheinungen der Nebenniereninsuffizienz einstellten. L. glaubt, daß die vermehrte Resorption von Schilddrüsensekret nicht durch die Nebennieren neutralisiert werden konnte, da Schilddrüse und Nebenniere Antagonisten sind. *Klose* (Frankfurt a. M.).

Costa, A. Celestino da, Recherches sur l'histo-physiologie des glandes surrénales. (Untersuchungen über die Histophysiologie der Nebennieren.) (*Laborat. d'histol., univ., Lisbonne.*) Arch. de biol. **28,** S. 111—196. 1913.

Während das Nebennierenmark wohl mit Sicherheit als Drüse mit innerer Sekretion aufgefaßt werden kann, ist dies für die Nebennierenrinde noch nicht erwiesen; man hat zwar bei der kompensatorischen Hypertrophie nach Exstirpation einer Nebenniere und bei der Graviditätshypertrophie eine Zunahme an Fettgranulationen, an Pigment und an siderophilen Körnchen gefunden. Costa glaubt, daß höchstens die Vermehrung fettartiger Granulationen als Sekretionsprozeß aufzufassen sei, die Pigmentbildung hält er für eine Begleiterscheinung. In den Gefäßen des Nebennierenmarks findet man bei Hyperfunktionszuständen des Marks kolloide Massen mit siderophilen Granulationen; diese Körnchen scheinen dem Autor nicht identisch zu sein mit denen innerhalb der Zelle; überhaupt erscheint die Deutung dieser Massen als Sekretionsprodukt fraglich. *E. Neubauer* (Wien).ᴹ

Harnorgane:

Herz, Paul, Über operative Behandlung der Nierenentzündung. (*Auguste-Victoria-Krankenh., Berlin-Lichtenberg.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 460—461. 1913.

Nach kurzem Überblick über die Entwicklung der Nierenchirurgie geht Vortragender auf die Frage ein, ob es durch Dekapsulation möglich ist, einen normale Blutdruckverhältnisse in der Niere wiederherstellenden Kollateralkreislauf anzuregen, und verneint dieselbe trotz positiver Ergebnisse des Tierexperiments auch für den Fall, daß (eine Modifikation der Edebohlschen Operation) die ganze Fettkapsel entfernt wird, um die wunde Nierenoberfläche mit der blutreichen Lendenmuskulatur in Kontakt zu bringen. Ebensowenig kann trotz ganz vereinzelter gegenteiliger Beobachtungen von einer Heilung der chronischen Nephritis durch operative Maßnahmen die Rede sein. Dieselben (Dekapsulation, Aufnähen eines Netzzipfels auf die wundgemachte Nierenoberfläche, Nephrotomie) seien nur gegen einzelne besonders bedrohliche Erscheinungen wie Anurie, Urämie, Nephralgie und Nierenblutung gerichtet. Diese wurden mit großer Regelmäßigkeit durch genannte Eingriffe zu lange dauerndem Verschwinden gebracht, wofür Vortragender 2 neue selbst beobachtete Fälle beibringt. Im dem einen hatte Urämie, im anderen die so häufige Kombination von Schmerz und Blutung (Nephralgia haematurica) die Indikation zu chirurgischer Intervention abgegeben. Im ersten Falle war der Erfolg nach Entkapselung nur einer Niere unvollständig und wurde erst vollkommen, nachdem auch die andere Niere von ihrer Kapsel befreit war. Im zweiten Falle genügte zum prompten und anhaltenden Erfolg die Entkapselung der blutenden Niere. Durch dieselben Maßnahmen sind jene Erscheinungen auch dann günstig zu beeinflussen, wenn sie im Gefolge einer akuten Nephritis auftreten, wobei es gleichgültig zu sein scheint, ob diese infektiösen oder toxischen Ursprunges ist. *Schultze* (Posen).

Pignatti, Augusto, Contributo allo studio delle infezioni sperimentali del rene. (Beiträge zum Studium der experimentellen Infektion der Niere.) (*Istit. di patol. chirurg., univ., Bologna.*) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig., S. 175—183. 1913.

Nach einem allgemeinen Überblick über die bisherigen Arbeiten auf diesem Gebiet berichtet Verf. über seine eigenen Experimente. Er verwendete dazu 24 Stunden alte Staphylokokkenkulturen, die er Kaninchen in die Niere perirenal, intranreteral oder hämatogen injizierte. Die

Tiere wurden nach Ablauf von 24 Stunden bis $1^1/_2$ Monaten untersucht. Bei direkter intraparenchymatöser Infektion fanden sich erst regressive Veränderungen der Umgebung der Injektionsstelle, in spätern Stadien trat eine intensive Bindegewebsproliferation auf, durch die der Herd abgegrenzt und abgekapselt wurde. Das übrige Nierengewebe zeigte keine Veränderungen. Im Gegensatz zu dieser direkten Injektion, wobei durch den Nabelstich eine Schädigung des Parenchyms bedingt wird, zeigte sich bei perirenaler Injektion eine Schädigung des Epithels der Tubuli contorti und Henleschen Schleifen. Daneben kommt es zu einer geringen Bindegewebshyperplasie, die nach einiger Zeit besonders in der Cortex corticis ausgesprochen ist. Die endoureterale Infektion führt zu ausgesprochener Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes, die bei weitem die regressiven Veränderungen des Epithels überwiegt. Die hämatogene Infektion, die nach lokaler Schädigung der Niere ausgeführt wurde, zeigt eine Infiltration der Glomeruli sowie des Raumes innerhalb der Bowmannschen Kapsel und des interstitiellen Bindegewebes, während die Epithelien kaum Veränderungen erleiden. *Naegeli* (Zürich).

Lindemann, August, Zur Pathogenese und Klinik der Nierenbeckenentzündungen. (*Huyssen-Stiftg., Essen.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **120,** S. 395 bis 437. 1913.

Lindemann beobachtete bei 48 Fällen von Pyelitis (31 Männern, 17 Frauen) 39mal eine Infektion mit Bacterium coli, 1mal mit coli und Staphylokokken, 1mal mit coli und Streptokokken, 3mal wurden im frischen mikroskopischen Präparat im Urin kurze, plumpe Stäbchen nachgewiesen, die Kultur blieb jedoch steril. Ätiologisch kommen für die Entstehung der Pyelitis in Betracht: Veränderungen der Harnwege selbst, Menses, Schwangerschaft, Tumoren und entzündliche Erkrankungen im Becken, Magen-Darmaffektionen, Infektionskrankheiten. Öfter wird die Pyelitis nicht diagnostiziert, da das Krankheitsbild sehr mannigfaltig ist wegen der vielfachen Beziehungen zu anderen Körperorganen. Das typische Bild des akuten Pyelitisanfalls: hohes Fieber, Schüttelfrost, Erbrechen, Druckschmerzhaftigkeit in der Nierengegend wurde 6mal beobachtet; Cystitis unter 23 Fällen 14mal, die Gegend des Ureterostiums der erkrankten Seite zeigt meistens einen hyperämischen Hof. Eine Herabsetzung der Funktionsfähigkeit der erkrankten Niere wurde bei der einfachen Pyelitis nicht festgestellt. Die Behandlung darf nicht schematisierend sein, sie muß vor allem den ätiologischen Momenten Rechnung tragen. Urotropin, Gonosan, Salol sind ohne Erfolg; Trinkkuren (3—4mal täglich je bis zu $^1/_2$ l warmem Lindenblütentee neben sonstiger reichlicher Flüssigkeitszufuhr per os oder per rectum) sind bei vom Darm ausgehenden Infektionen von günstiger Wirkung. Bei Zunahme der Infektion oder Verengerung des Ureters ist der Ureterenkatheterismus resp. das Einlegen eines Dauerkatheters angezeigt; Spülungen des Nierenbeckens mit 5proz. Protargollösung, 3proz. Lösung von Acidum boricum oder 1proz. Lösung H_2O_2 zeitigen günstige Erfolge (in 17 Fällen 7mal vollkommene Heilung; Urin kulturell steril). Nephrotomie und Nephrektomie kommen nur bei hochgradiger Veränderung des Nierenbeckens oder der Nierensubstanz in Frage (unter 48 Fällen 2 Nephrotomien, 6 Nephrektomien). *Münnich* (Erfurt).

Ferron, Jean, Du cathétérisme urétéral par cystoscopie à vision directe. (Ureterenkatheterismus durch Cystoskopie „à vision directe".) Journal d'urol méd. et chirurg. **3,** S. 65—72. 1913.

Empfehlung des Kathetetерismus der Ureteren durch Cystoskopie à vision directe nach Zusammenstellung der Vorteile dieses Verfahrens gegenüber der indirekten Methode besonders bei sehr geringer Blasenkapazität und bei anormaler Lage der Uretermündungen, welche ein Auffinden mit dem Prismencystoskop nicht erlaubt. Veröffentlichung einiger Verbesserungen an dem Instrumentarium von Luys. *Leuenberger* (Basel).

Lomon, Radiographies de calculs des voies urinaires et de tumeurs du rein. (Röntgenaufnahmen von Konkrementen der Harnwege und von Nierentumoren.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris **5,** S. 77. 1913.

Aufnahmen der Nierengegend geben in jedem Falle Aufschluß über die Lage und Größe des Organes. Sie sind der Palpation überlegen. *Frangenheim* (Leipzig).

Quénu, Des symptômes d'occlusion intestinale dans la colique néphritique. (Darmverschlußsymptome bei Nierenkolik.) (*Hôp. Cochin.*) Bull. méd. **27,** S. 207—211 u. 219—222. 1913.

Nach dem Verf. ist der sogenannte Reflexileus nach Gallenstein- oder Nierensteineinklemmungen ebenso selten, als er häufig zitiert wird. Von echtem Reflexileus bei Gallensteinen (im Gegensatz zum Darmverschluß durch im Darm befindliche Gallensteine oder zum Adhäsionsverschluß bei Pericholecystitis) hat er nur zwei sichere Fälle, die von Sireday und Hutinel, auffinden können. In der gesamten übrigen Literatur werde

der reflektorische Darmverschluß bei Gallensteinen stets nur erwähnt, nie durch Beobachtungen belegt. Häufiger seien Notizen über reflektorische Darmlähmung mit Darmverschlußerscheinungen bei Nierensteineinklemmungen im Ureter. Besprechung der Literatur. Nach Quénu sind Störungen der Tamponage, mit mehr weniger dauernden Retentionen von Kot und Winden, mit oder ohne Erbrechen, sogar fäkulenten Massen und mit ev. hochgradigem Meteorismus bei Nierenkoliken nicht so sehr selten. Anführung eines eigenen und dreier nicht publizierter Fälle anderer Autoren. Die Erscheinungen schweren Darmverschlusses dauerten zwischen 24 Stunden und 8 Tagen. In allen vier Fällen führte die genaue Untersuchung des Urins zu der richtigen Diagnose, nachdem ebenso in allen Fällen bis dahin die Vermutung eines echten Darmverschlusses durch mechanische Momente erwogen worden war. Therapie: Beseitigung der Nierenkolik durch Morphium. Erst dann wirken Plastica oder Lavements. Besonders schwierig ist die Diagnose dann, wenn auf Nierensteine deutende Schmerzen uncharakteristisch sind oder ganz fehlen. *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Murard, Jean, Sur les résultats de la néphrotomie chez le lapin. (Über die Resultate der Nephrotomie beim Kaninchen.) (*Laborat. d'histol. de la fac. de med., Lyon.*) Cpt. rend. hebdom. d. séances de la soc. de biol. **74,** S. 455 bis 456. 1913.

Bei totaler doppelseitiger Nephrotomie gehen Kaninchen zugrunde. Bei teilweiser bzw. einseitiger Nephrotomie bildet sich ein großer Bluterguß und eine starke Blutanschoppung im ganzen Organ. Heilung durch eine ausgedehnte Narbe. Die Stückchen zur Untersuchung wurden von demselben Tier verschiedene Zeit nach der Operation gewonnen. Auf den Menschen sind diese Versuche nicht übertragbar wegen der verschiedenen Größenverhältnisse. *Rost* (Heidelberg).

Tenani, Ottorino, Contributo chirurgico alla nefropessia lombare (nota sperimentale e clinica). (Chirurgischer Beitrag zur lumbalen Nephropexie, experimentelle und klinische Studie.) (*Arcisp. di Sant'Anna, Ferrara.*) Policlin., sez. prat. **20,** S. 329—333. 1913.

Schilderung einer Operationsmethode der Nephropexie, die im wesentlichen in folgendem Vorgehen besteht: Schnittführung nach Guyon, Freilegung des lateralen Randes der Lumbodorsalmuskulatur, Abtragung der Fettkapsel so weit als möglich, Bestreichen der vorderen Lendenoberfläche, wo die hintere Fläche der Niere später aufliegen soll, mit 8 proz. Chlorzinklösung, Bestreichen der Hinterfläche der Niere mit 8 proz. Chlorzinklösung, Luxation der Niere in die Wunde. In die Capsula fibrosa der Hinterfläche der Niere werden 2 gradlinige, vertikale Schnitte in der Länge von $2^1/_2$ cm etwa 1 cm voneinander angelegt. Die Kapselbrücke zwischen diesen 2 Schnitten wird samt einer oberflächlichen Parenchymschicht abgehoben, unter dieser Brücke ein Muskellappen der Lumbodorsalmuskulatur durchgezogen, mit 1 Seidenknopfnaht und einigen Catgutnähten an der abgehobenen Fibrosabrücke fixiert. Dann wird dieser Muskellappen an der XII. Rippe nach Reposition der Niere durch 4 Seidenknopfnähte so fixiert, daß von der Wunde aus nur noch der untere Teil der Niere unterhalb der XII. Rippe sichtbar ist. *Leuenberger* (Basel).

Eliot, Henri, Les opérations plastiques portant sur le bassinet et la partie supérieure de l'uretère dans le traitement des rétentions rénales. (Plastische Operationen an der Niere und am oberen Ureterabschnitt bei Hydronephrosen.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **30,** S. 161—189. 1913.

Eliot hat 111 Fälle von konservativen Operationen (bei Hydronephrosen 74 Fälle und Hydropyonephrosen oder Pyonephrosen 37 Fälle) zusammengestellt, deren Resultate unter Berücksichtigung der einzelnen Operationsverfahren mitgeteilt werden. 1. Durchschneidung des Spornes nach Trendelenburg (11 Fälle) 8 Hydronephrosen (4 Heilungen), 3 Pyonephrosen (2 Heilungen). — 2. Ureterplastik nach Fenger (27 Fälle) 19 Hydronephrosen (11 Heilungen), 8 Pyonephrosen (5 Heilungen). — 3. Endständige Einpflanzung des Ureters in das Nierenbecken nach Küster (18 Fälle) 17 Hydronephrosen (4 Heilungen), 1 Pyonephrose (ungeheilt). — 4. Seitenanastomosen zwischen Ureter und Nierenbecken nach Albarran (20 Fälle) 9 Hydronephrosen (4 Heilungen), 11 Pyonephrosen (6 Heilungen). — 5. Pyeloplicatio nach Israel-Albarran (10 Fälle) 9 Hydronephrosen (6 Heilungen), 1 Pyonephrose (geheilt). — 6. Orthopädische Resektion nach Albarran-Kümmell (10 Fälle) 5 Hydronephrosen (3 Heilungen), 5 Pyonephrosen (3 Heilungen). — Kombinierte Operationen. Orthopädische Resektion und Sporndurchschneidung: 2 Hydronephrosen (geheilt), 2 Pyonephrosen (1 geheilt). Orthopädische Resektion und Neostomie: 1 Hydronephrose (geheilt), 3 Pyonephrosen (2 geheilt). Pyeloplicatio und Sporndurchschneidung: 1 Hydronephrose (geheilt). Pyeloplicatio und Neostomie: 2 Hydronephrosen (1 geheilt). 4 Anastomosen zwischen Nierensack und Blase: (3 mit Erfolg). — Die Auslösung des Ureters aus Verwachsungen beseitigte in einigen Fällen das Abflußhindernis. Der Ureter wird am besten von einer Nephrotomie aus aufgesucht. Bei

dislozierter Niere muß die Nephropexie gemacht werden. Das in die Niere eingelegte Drain bzw. der Ureterenkatheter kann in der Regel am 4. Tage entfernt werden. *Frangenheim* (Leipzig).

Marchais, Paul, The diagnosis of hemorrhage in hydronephrosis. (Die Diagnose von Blutungen in einer Hydronephrose.) Americ. journal of urol. **9,** S. 15—20. 1913.

Neben den bereits oftmals beschriebenen Komplikationen der Hydronephrose, nämlich der allmählichen Atrophie oder der Infektion, gibt es Fälle, welche durch Blutungen eine bedeutende Erschwerung hinsichtlich der Diagnose und des Verlaufes erfahren. Oft ist es an und für sich schwierig, einen Abdominaltumor als Nierentumor zu diagnostizieren, da Auscultation und Perkussion manchmal falsche Aufschlüsse geben. Neben der Form und der Lage des Tumors legt Marchais diagnostischen Wert auf seine geringe transversale Verschieblichkeit und das Vorhandensein eines Stieles. Aber auch wenn die Diagnose Hydronephrose bereits gestellt ist, erscheint es oft nicht möglich, in dieser eine Blutung strikte nachzuweisen. Denn manchmal gibt die Harnuntersuchung keine Anhaltspunkte, außerdem kann der Ureter verlegt sein, so daß auch der Ureterenkatheterismus keinen Aufschluß zu geben vermag. So verschafft in manchen Fällen erst die Insision Klarheit. Handelt es sich um eine Blutung in einer Hydronephrose, so kommen hinsichtlich der Ursache zwei Möglichkeiten in Betracht: eine traumatische und eine carcinomatöse „Urohämatonephrose". Die allmähliche Vergrößerung des Hydronephrosensackes im Anschluß an ein Trauma, die Art des Traumas und plötzlich auftretende Blutungen sprechen für die erstere Form, während das Manifestwerden der allgemeinen sichtbar schädlichen Einflüsse einer malignen Erkrankung, die intermittierende Blutung und ein von der Lendengegend nach den Hoden ausstrahlender Schmerz auf eine carcinomatöse Urohämatonephrose hinweisen. Das Auftreten roter Blutkörperchen im Harn schließt eine Hämoglobinurie aus. Eine retroperitoneale sanguinolente Cyste, welche sich in den Ureter oder in die Blase entleert, kann zu diagnostischen Irrtümern führen. — Die Prognose der geschilderten Komplikation der Hydronephrose ist wegen der Gefahr profuser Blutungen sehr ernst zu stellen. *Saxinger* (München).

Castaigne, Tuberculose rénale à sa première période. (Erstes Stadium der Nierentuberkulose.) (*Hôp. Beaujon.*) Clinique (Paris) **8,** S. 70—73. 1913.

Nächtliche Urininkontinenz, Hämaturie, Albuminurie werden als Frühsymptome ausführlich geschildert. Für die Frühfälle der Nierentuberkulose wird die medizinische spezifische Tuberkulinbehandlung empfohlen. *v. Lichtenberg* (Straßburg).

Hartmann, Henri, Tuberculose pyélo-urétérale, avec intégrité du rein et des calices. (Nierenbecken-Ureter-Tuberkulose. Niere und Nierenkelche intakt.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 227—228. 1913.

16 jähriger junger Mann, durch Nephrektomie geheilt. Wildholz hat einen ähnlichen Fall beobachtet. *Frangenheim* (Leipzig).

Buerger, Leo, A new method of diagnosticating renal tuberculosis. (Cystoscopic excision of mucous membrane at ureteral meatus.) (Eine neue Methode der Diagnostik der Nierentuberkulose [cystoskopische Excision von Schleimhautteilchen an der Ureterenmündung].) American. journal of surg. **27,** S. 55—59. 1913.

Verf. empfiehlt in Fällen, in denen eine beginnende Nierentuberkulose vermutet wird und bei denen die sonstigen üblichen Untersuchungsmethoden nicht zur Sicherung der Diagnose führen, ein neues diagnostisches Hilfsmittel.

Bei einem 30 jährigen Hutmacher, der im Dezember 1912 wegen Blasenstörungen (vermehrter Urindrang, Schmerzen in der Blasengegend und Brennen nach dem Urinieren) in Behandlung kam, fanden sich im Urin nur wenige Eiterkörperchen und rote Blutkörperchen. Im cystoskopischen Bilde zeigte die Blase keine weiteren Veränderungen als Ödem in der Umgebung des linken Ureters, das sich auf die linke Hälfte des Trigonums ausdehnte. Der rechte Ureter war normal und für den Ureterkatheter bequem durchgängig, in den linken Ureter ließ sich der Katheter jedoch nur 2 cm einführen. Obwohl die Anamnese negativ war und auch im Urin Tuberkelbacillen nicht nachweisbar waren, vermutete Verf. auf Grund des Schleimhautödems in der Umgebung des Ureters doch eine beginnende Tuberkulose der linken Niere. Mit einem von ihm selbst angegebenen Cystoskop, das mit einer Hohlzange zum Abkneifen von Gewebsstücken versehen ist (vgl. Abbildung), exzidierte er einige kleine Schleimhautstückchen um die Ureterenmündung herum. Ihre mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkel im submukösen Stroma, die Schleimhaut selbst war noch unversehrt. Auf Grund der so gesicherten Diagnose wurde die linksseitige Nephrektomie ausgeführt. Es ergab sich eine ganz beginnende Tuberkulose. In der Niere fanden sich nur an den oberen Papillen einige kleine beginnede tuberkulöse Ulcera und

in den zugehörigen Segmenten des Parenchyms vereinzelte Tuberkel. Einige verstreute Tuberkel waren im Nierenbecken und nur 3 Tuberkel im ganzen Ureter.

Verf. hält die Excision von periureteralen Schleimhautteilchen der Blase mittels Cystoskops für ein außerordentlich wertvolles diagnostisches Hilfsmittel und empfiehlt sie angelegentlichst zur Nachahmung. Sie führt bei der Diagnose der Nierentuberkulose schneller und sicherer zum Ziel als alle übrigen klinischen Untersuchungsmethoden mit Einschluß der Tierimpfung. Auch das Ödem um die Ureterenmündung, selbst bei noch vollkommen intakter Schleimhaut, ist als ein wichtiges Frühsymptom anzusehen. *Hinz* (Lichterfelde).

Luger, Alfred, Zur Kenntnis der radiologischen Befunde am Dickdarm bei Tumoren der Nierengegend. (*II. med. Klin., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. **26,** S. 263—265. 1913.

In dem mitgeteilten Falle war das von Stierlin beschriebene Symptom (mediane Verdrängung des Dickdarms) nicht vorhanden, vielmehr war der betreffende Dickdarmabschnitt ohne wesentliche seitliche Verschiebung dem Tumor aufgelagert. Für die Verlagerung des Kolons ist wahrscheinlich der Umstand maßgebend, daß das Kolon leicht beweglich ist, während bei einer Fixation des Kolons durch Verlötung mit dem Tumor die mediane Verdrängung wegfällt. Charakteristisch für solche Fälle ist eine schwere Motilitätsstörung sowie die Stauung der Ingesten oberhalb des Tumors und die Unfüllbarkeit des folgenden Abschnittes per Klysma. Die Unfüllbarkeit kann aber auch durch starke Spasmen bedingt sein. *Roubitschek* (Karlsbad).[M]

Nicloux, Maurice, et Victoire Nowicka, Sur le pouvoir d'absorption de la vessie. (Zur Frage der Resorptionsfähigkeit der Harnblase.) Cpt. rend. hebdom. d. séanc. de la soc. de biol. **74,** S. 313—315. 1913.

Verff. erbringen experimentelle Beiträge zu dieser Frage, und zwar unter Verwendung von Alkohol, den sie wegen seiner geringen Giftigkeit und leichten Nachweisbarkeit selbst in kleinsten Spuren in Harn und Blut für besonders geeignet halten. Sie gehen auf die Experimente von Gréhaut zurück, der feststellen konnte, daß bei Einverleibung von Alkohol in Blut oder Magen die Ausscheidung durch den Harn sehr variabel ist, während die Ausscheidung durch Lungen und Haut nur geringen Schwankungen unterliegt. Diese selben Beobachtungen waren es auch, die Voltz, Baudrexel und Dietrich veranlaßten, der Blase Resorptionsfähigkeit zuzuschreiben, und woraufhin sie ihre beweisenden Experimente aufbauten. Zunächst Versuche zur Nachprüfung der Resultate von Gréhaut, die seine Ergebnisse eindeutig bestätigten, und zwar fanden sie bei der Ausscheidung des Alkohols durch den Urin Schwankungen von 1,57% bis zu 12,9% der eingeführten Alkoholmengen, und zwar ist die ausgeschiedene Menge um so größer, je weniger lange der Urin in der Blase verweilte und somit die Resorptionsmöglichkeit eingeschränkt war. — Diesen Versuchen stellen sie eine 2. Reihe entgegen, wo auf direktem Wege die Absorption des Alkohols in der Blase nachgewiesen wird. Dem Versuchstier wird durch Katheter der Urin entnommen, mit einem Quantum Alkohol vermischt und wieder in die Blase zurückgebracht. Hierbei wurden verschieden große Quantitäten Alkohol eingebracht und verschieden lange, von 30 Minuten bis 3 Stunden, in der Blase gelassen, darauf die Blase entleert und gewaschen. Dabei zeigte sich, daß erhebliche Mengen des eingebrachten Alkohols, und zwar proportional der Länge der Zeit und der Menge des eingeführten Alkohols, verschwunden waren, also resorbiert sein mußten, überdies ergab die Stichprobe im Herzblute des Versuchstieres das Vorhandensein von Alkohol. Damit dürfte einwandfrei die Resorptionsfähigkeit der Blase erwiesen sein. Was die genauen Zahlen anbetrifft, siehe das Original. *Fuchs* (Breslau).[G]

Gosset, A., Un cas d'exstrophie vésicale guéri par l'opération de Heitz-Boyer-Hovelacque. (Ein Fall von Blasenektopie nach der Methode von Heitz-Boyer und Hovolacque geheilt.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 229—231. 1913.

19jähriger Pat., der bereits 3mal vergeblich operiert wurde. Nach medianer Laparotomie

wurde das Colon 2 Querfinger breit oberhalb des Promontoriums quer durchtrennt, das untere Ende blind verschlossen und das obere mit Gaze umhüllt. Isolierung der Ureteren, die möglichst tief durchschnitten und nach Payr in die laterale Wand des Colons eingepflanzt werden. Das obere Ende des Colons wurde nach Incision der Hinterwand des Rectums in dieses eingeleitet und an der Analhaut fixiert. Der Operierte hält den Urin, den er willkürlich entleeren kann, $1^1/_2$ Stunden. *Frangenheim* (Leipzig).

Houzel, Gaston, Fissure vésicale inférieure, inversion vésicale, étranglement. (Untere Blasenspaltbildung, Ausstülpung der Blase und Abschnürung des ausgestülpten Teiles.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **3**, S. 25—34. 1913.

Houzel hatte Gelegenheit, diese „Anomalie einer Anomalie" selbst zu beobachten. Er wurde zu einem 13 monatlichen Kinde gerufen, in dessen Vulva ein haselnußgroßer, keulenförmiger Tumor vorlag, der offenbar abgeschnürt und nicht reponierbar war und deshalb chirurgisches Eingreifen notwendig machte. Über die weinrote Geschwulst, an der einzelne graue Flecken die beginnende Ernährungsstörung anzeigen, rinnt der Harn hinweg. Das Kind zeigte von Geburt an eine Blasenanomalie. Es bestand Inkontinenz und unterhalb der geschlossenen Symphyse war ein mit Schleimhaut ausgekleideter Trichter sichtbar gewesen, aus welchem seit den ersten Gehversuchen des Kindes häufig eine rote Geschwulst hervorgetreten war, die durch Fingerdruck zurückgebracht werden konnte. Gelegentlich der Stuhlentleerung war sie nun stärker hervorgetreten und irreponibel geworden. In Narkose wurde festgestellt, daß es sich um eine Inversion der Blasenschleimhaut handelte, die abgeschnürt war; der Schnürring wurde gebildet oben von der Haut-Schleimhautgrenze, nach unten hin schloß das Hymen den Ring. Die Ausstülpung konnte in Narkose reponiert werden. Die radikale Operation schloß H. nicht an, sondern er präparierte die Mucosa von der Hautgrenze ab und verkleinerte den Hals des Infundibulum durch Etagennähte. Die Heilung der Wunde war keine vollkommene, aber der Operationserfolg gut: ein Prolaps trat nicht wieder ein.

H. konnte nur vier ähnliche Fälle in der Literatur auffinden, die er ausführlich wiedergibt. Die sehr genaue Schilderung der Pathogenese unter Berücksichtigung der entwicklungsgeschichtlichen Verhältnisse muß im Original nachgelesen werden. — Das Symptombild der Mißbildung ist das folgende. Im Niveau der Vulva bemerkt man im oberen Winkel der auseinandergewichenen großen und kleinen Labien eine mediane Spaltbildung am Boden eines breiten, mit Mucosa ausgekleideten Trichters, deren vordere Grenze von der gespaltenen Clitaris gebildet wird, während sich an der hinteren Umrandung das Hymen beteiligt. In Rückenlage tritt die Blasenmucosa wenig vor, bei aufrechter Haltung und besonders bei Anstrengung der Bauchpresse wird der Prolaps größer, der Eingang zur Blase besser erkennbar. Der untersuchende Finger dringt leicht ein und kann hinter der Symphyse die verkürzte vordere Wand der Blase abtasten, während die hintere Wand Veränderungen nicht aufweist. Die Symphyse kann sich ganz normal verhalten, meist ist ihre Verbindung keine feste, es kann auch Spaltbildung bestehen. Vagina und Uterus sind unverändert. Gewöhnlich besteht Inkontinenz, doch kann bei kleiner Spaltbildung der Harn oft mehrere Stunden zurückgehalten werden. Bei aufrechter Haltung tritt die Inkontinenz manchmal weniger in die Erscheinung. Die von H. beschriebene Inversion und Abschnürung bringt ein neues Moment in das Krankheitsbild. Der Fall steht bisher einzig in der Literatur. Die Inversion geht nicht brüsk, sondern allmählich vor sich und kann ev. eine totale werden. Es bestehen die gleichen Bedingungen wie nach Resektion der Urethra mit oder ohne Erhaltung des Sphincter. In diesem letzteren Falle ist die untere Blasenspalte aquiriert, der Chirurg hat sie geschaffen und der Mechanismus der Exstrophie unterliegt den gleichen Bedingungen wie bei der kongenitalen Spaltbildung. Gelegenheitsursache für die Ausstülpung der Mucosa bilden die ersten Gehversuche, Keuchhusten usw. Ist dieser Prolaps einmal eingetreten, so nimmt die Schleimhaut die bekannten Veränderungen an. Lange Zeit bleibt der Prolaps reponibel, im vorliegenden Fall war bei angestrengter Stuhlentleerung die ganze Vorderwand ausgestülpt worden, sie konnte nicht mehr wie früher zurückgebracht werden, war bei den Repositionsversuchen verletzt worden, durch die Störung der Zirkulation angeschwollen und hatte die oben geschilderten Zeichen der Abschnürung und stellenweise beginnender oberflächlicher Gangräne geboten. Bei Kindern gelingt genaue Diagnosenstellung nur in Narkose, weil sonst eine Identifizierung der Nachbarorgane nicht möglich ist. H. er-

wähnt einen Fall, in welchem der Chirurg den Prolaps für einen Gefäßtumor der Urethra gehalten hatte, den er im Begriffe stand, an der Basis zu unterbinden und abzutragen, bis er noch im letzten Augenblick die wahre Natur der Erkrankung erkannte.
Janssen (Düsseldorf).

Baradulin, G. J., Ein Fall von traumatischer intraperitonealer Blasenruptur. (*Landschaftskrankenh., Welikoluzk.*) Chirurgia **33**, S. 30—33. 1913. (Russisch).

Der 13jährige Patient war von einem Baum heruntergefallen und kam dabei mit dem Bauch auf einen Baumstumpf. Starke Schmerzen, Urindrang jedoch kein Urin weder spontan noch beim Katheterisieren, nur einige Tropfen Blut. Patient wurde am 4. Tage operiert. Es wurde ein vollständiger Riß der hinteren unteren Blasenwand festgestellt von 5 ccm Länge. dreietagige Naht der Blasenwunde. Teilweise Tamponade der Bauchwunde, Katheter à demeure. Nach 3½ Wochen geheilt entlassen. Dieser Fall war dadurch bemerkenswert, daß trotz des großen Risses sich in der Blase doch Urin angesammelt hatte, was durch teilweise Verklebung der Wundränder zu erklären war, deshalb konnte auch am nächsten Tage nach der Verletzung noch Urin durch eine Blasenpunktion entleert werden. Diese Erscheinungen verdunkelten das Bild der Blasenruptur, deshalb wurde der Patient erst am 4. Tage operiert, trotzdem trat Heilung ein. *Schaack* (St. Petersburg).

Picker, R., Ein Fall von Syphilis der Blase. Zeitschr. f. Urol. **7**, S. 192—196. 1913.

Den selten beschriebenen Fällen von Blasensyphilis fügt Picker eine weitere Beobachtung hinzu, welche dadurch ein besonderes Interesse beansprucht, daß es sich um eine sehr frühzeitige Erkennung eines im frühsten Stadium der Entwicklung stehenden tertiärluetischen Affektes handelt. Die anfängliche Vermutungsdiagnose nahm durch promptes Reagieren der Blasenbeschwerden auf Jodkali festere Gestalt an und wurde schließlich durch die cystoskopische Untersuchung vollends sichergestellt. *Rehn* (Jena).

Pfister, Edwin, Beiträge zur Histologie der ägyptischen Blasensteine. (*Städt. Krankenh., Wiesbaden.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121**, S. 342—370. 1913.

Es wurden 34 ägyptische Blasensteine untersucht. Nach Behandlung mit Salzsäure, Kalilauge oder Antiformin wurden die Steine geschnitten und mikroskopiert. Von mehreren Steinen wurden Schliffe hergestellt. Nur 3mal konnten sicher Bilharziaeier nachgewiesen werden (mit Wahrscheinlichkeit ebenfalls 3mal). Nur 1mal fanden sich Eier im Zentrum des Steines. Die Bilharziaeier sind deshalb nur selten die direkte Ursache der ägyptischen Steinkrankheit. Wohl aber spielt die Bilharziasis indirekt eine wichtige ätiologische Rolle: durch ihre Entzündungsprodukte bei Stagnation des Harns. Es handelt sich nicht um „Fremdkörpersteine", sondern vielmehr um „Entzündungssteine". Pfister läßt es unentschieden, ob man nach H. Schade den Kolloiden vor den Krystalloiden, oder nach O. Kleinschmidt den Krystalloiden vor den Kolloiden den Vorrang bei der Steinbildung geben soll. — Bei 14 Steinschliffen fanden sich 9mal blaue Plättchen, die als Kristalle des Indigoblau angesprochen wurden. — Ein Teil der untersuchten Steine stammt aus der Sammlung von C. Goebel (Breslau). Goebel hat früher von 68 Steinpatienten die Hälfte bilharziakrank gefunden. Es ließen sich aber nur 8mal Bilharziaeier in den Steinen dieser 68 Kranken nachweisen. Literatur. *Oehlecker* (Hamburg).

Trifiljew, S. P., Die chirurgische Behandlung der Harnblasensteine bei Kindern. (*Landschaftskrankenh., Petrowsk.*) Chirurgia **33**, S. 34—44. 1913. (Russisch.)

Unbefriedigt durch die Resultate der Sectio alta bei Blasensteinen bei Kindern suchte Verf. nach einer anderen Methode und kam dabei auf das alte Verfahren von Dolbeau (1863). Nachdem die bis jetzt am meisten geübten Operationen bei Blasensteinen (sectio alta und mediana) auf Grund eigener früherer Erfahrung und literarischer Studien besprochen sind, geht Verf. zur Beschreibung der Dolbeauschen Methode über, so wie sie vom Verf. geübt wurde. Lagerung und Schnittführung wie bei der Sectio mediana.

Es wird die Pars membranacea der Harnröhre freigelegt und durch 1 cm langen Schnitt gespalten, die Ränder werden auseinander gehalten und durch den Blasenhals wird in die Blase eine einfache Peansche Klemme eingeführt, mit welcher es bequem gelingt, den Stein zu fassen und zu entfernen. Die kleine Wunde wird in den ersten Tagen tamponiert, dann heilt sie schnell in 6—7 Tagen zu. Nur in den 2 ersten Fällen benutzte der Verf. einen Katheter à demeure, sonst ließ er ihn fort, die Kinder urinierten von selbst durch die Harnröhre. Die Genesung verlief stets glatt. Nach dieser einfachen und leichten Methode hat Verf. 25 Jungen im Alter von 1 bis 10 Jahren operiert, der Verlauf war bei allen Patienten ein ziemlich gleicher, deshalb keine genaueren Krankengeschichten. Die Steine waren meistens nicht groß, von Erbsen- bis Haselnußgröße, es handelte sich um 10 Urate, 4 Oxalate, 6 Phosphate, 3 Oxalate mit Phosphatüberzug und 2 Urate mit Phospatüberzug.

Nicht anzuwenden ist die Methode bei großen Steinen, doch letztere sind bei Kindern selten. *Schaack* (St. Petersburg).

Christian, Eugène, Un cas de fragmentation spontanée d'un calcul vésical. (Ein Fall von Spontanzertrümmerung eines Blasensteines.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **30,** S. 195—197. 1913.

Ein 22jähriger Patient klagt seit seinem 10. Lebensjahr über Schmerzen in der Blasengegend, häufige, erschwerte Harnentleerung und Trübung des Urins; zeitweise war nach längeren Märschen unter Schmerzanfällen Hämaturie eingetreten. Sondenuntersuchung ergibt die Anwesenheit eines Fremdkörpers in der Blase; die Cystoskopie läßt 2 nußgroße Steine erkennen. Wegen der Anwesenheit mehrerer Steine und der bestehenden Cystitis entschließt Christian sich zur Sectio alta mit suprapubischer Drainage. Nach 8 Tagen Entfernung der letzteren und sekundäre Naht der Blasenwunde, welche unter 6tägigem Dauerkatheter glatt heilt. Die Steine wogen 48 g, hatten beide die Form einer Marone und ihre Gestalt zeigte, daß sie ursprünglich ein einziges Konkrement ausmachten, welches, da eine Untersuchung vorher nie ausgeführt war, ohne Einwirkung äußerer Gewalt in 2 Teile gebrochen war. Der Stein bestand aus einem Kern von oxalsaurem Kalk, der von Harnsäure umgeben ist, welche $^3/_4$ der Gesamtmasse ausmachte. *Janssen* (Düsseldorf).

Buerger, Leo, Ulcer of the bladder. (Über Geschwüre in der Blase.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 419—421. 1913.

Verf. berichtet über 2 Fälle von isoliertem nicht tuberkulösem und nicht carcinomatösem Geschwür der Blase. Das hervorstechendste Symptom war beide Male starke Blutung. Ätiologisch war der erste Fall unklar — eine Frau, zurzeit zum dritten Male gravida, hatte vor $1^1/_2$ Jahren eine Cystitis durchgemacht — im zweiten Falle macht Verf. eine frühere cystoskopische Untersuchung für die Entstehung des Geschwürs verantwortlich. Das eine Mal führte eine Fulgurationsbehandlung zu schneller Heilung des Geschwürs, das andere Mal eine an eine erfolglose Fulguration angeschlossene Quecksilberinjektionskur, obwohl keine Zeichen von Lues bestanden. *Ellermann* (Danzig).

Watson, Francis S., The surgical treatment of vesical papilloma and carcinoma. (Chirurgische Behandlung von Blasenpapillom und -carcinom.) Urol. a. cut. rev. **17,** S. 64—73. 1913.

Verf. gibt eine Zusammenstellung von im ganzen 1160 Fällen von Blasengeschwülsten aus der Literatur sowie aus eigener Praxis, die chirurgisch behandelt wurden und zwar handelt es sich um 443 benigne Tumoren, suprapubisch excidiert, 336 Blasencarcinome, ebenso behandelt, 136 Blasencarcinome mit partieller, 62 Blasencarcinome mit totaler Blasenresektion behandelt, endlich 183 benigne Tumoren, die mit dem Oudinschen Verfahren der hochgespannten Wechselströme behandelt sind.

Die Arbeit behandelt rein statistisch die Frage des besten operativen Vorgehens, besonders mit Rücksicht auf die unmittelbare Mortalität und die Dauerheilung bzl. des Rezidivs und der Niereninfektion. Mit Rücksicht auf die Tatsache, daß auch benigne erscheinende und histologisch als solche sich erweisende Blasentumoren nach der Excision häufig maligne rezidivieren, plädiert er für eine möglichst weitgehende chirurgische Behandlung. Als solche erscheint ihm die Zerstörung mit hochgespannten Strömen wegen der kurzen hierzu bisher vorliegenden Erfahrungszeiten trotz der sehr günstigen Berichte noch nicht völlig einwandsfrei bzgl. der geringeren Rezidivgefahr. Von den Excisionsmethoden hat sich die transperitoneale Resektion oder Excision der Blase freilich als gefährlicher, aber auch als bedeutend rezidivsicherer erwiesen gegenüber der suprabubischen, intravesicalen Methode. Die totale Blasenresektion ist bisher stets reserviert gewesen als ein letzter verzweifelter Schritt bei sehr vorgeschrittenen Fällen. Daher die hohe operative Mortalität von 53%. Deshalb aber auch sei die Zahl von Dauerheilungen (16) als sehr hoch zu bezeichnen. Den größten Anteil an postoperativer (15 von 33 Gesamttodesfällen) und späterer (8 von 14 späteren) Todesfällen hat die Niereninfektion. Verf. schiebt das auf die gebräuchlichen Verfahren der Versorgung der Ableitung des Urins (Einpflanzung der Ureteren in Darm oder Haut usw.) und hält es für das Richtigste, sich von vornherein von den Ureteren zu emanzipieren. Er schlägt die präliminare doppelseitige Anlegung einer Nierenfistel vor, die weniger leicht zu Retentionen im Nierenbecken führe. Freilich sei dies Verfahren bei armen Leuten, die die Unterhaltung teurer Auffangevorrichtungen nicht leisten könnten, nicht angebracht. *Ruge.*

Bolaffi, Aldo, Sul significato della evoluzione epidermoidale in alcuni cancri della vescica. (Über die Bedeutung epidermoidaler Bildungen in einigen Blasencarcinomen.) (*Istit. di anat. patol., univ., Cagliari.*) Sperimentale **66,** S. 643—665. 1913.

Nachdem Verf. die verschiedenen Theorien für die Erklärung von Plattenepithelcarcinomen in der Blase erwähnt (Marchand, Alberran, Hallé, Cassanello), bespricht Bolaffi zwei eigene Beobachtungen von Blasencarcinom. Es handelt sich um Geschwülste die sowohl in das Blasenlumen als in die Blasenwand hinein gewuchert sind. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchungen, bei denen sich zahlreiche Übergangsformen der Tumorzellen von Blasenepitheltypus zu Cancroid ähnlichen Formen fanden, welch letztere größtenteils die Oberfläche des Tumors auskleideten, kommt B. zu dem Schluß, daß es sich um Metaplasie im Tumorgewebe handelt, die zu den epidermisähnlichen Bildungen geführt hat. *Naegeli* (Zürich).

Auvray, Néoplasme vésical primitif. Métastases ganglionnaires énormes dans la fosse iliaque. Absence de signes cliniques vésicaux. (Primärer Blasentumor mit ausgedehnten Metastasen in der Fossa iliaca. Keine Blasensymptome.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 233—236. 1913.

59 jähriger Mann. Schmerzen in der Leistengegend, Anschwellung hierselbst, Ödem des zugehörigen Beines sind die einzigen Zeichen des Blasentumors, der bei der Cystoskopie an der hinteren oberen Wand der Blase gefunden wurde. *Frangenheim* (Leipzig).

Fabre, Paul, Enorme distension de la vessie et rétention d'urine occasionnée par la présence d'un calcul enclavé dans le canal de l'urèthre. (Enorme Ausdehnung der Blase und Urinretention, veranlaßt durch die Anwesenheit eines in die Urethra eingekeilten Steines.) Rev. prat. d. malad. d. org. génito-urin. **10,** S. 28—31. 1913.

Die kasuistische Mitteilung betrifft einen 10 jährigen Knaben, der plötzlich, ohne vorhergehende Hämaturien usw. an Harnretention erkrankt war. Fabre fand die Blase bis Nabelhöhe ausgedehnt. Die Sonde traf 2,5 cm hinter dem Orific. urethrae auf einen harten, offenbar beweglichen Fremdkörper. Ein dünner Katheter passierte gut zwischen jenem und der Harnröhrenwand, darauf Entleerung der Blase. Nach mehrfachen vergeblichen Extraktionsversuchen wird die Urethraöffnung gedehnt und auf zentralwärts ausgeübten Druck springt der Stein, der offenbar vorher durch eine Mucosafalte fixiert war, heraus. Der Fremdkörper erweist sich als ein eckiges Konkrement aus oxalsaurem Kalk mit Spuren phosphorsaurer Salze. Dem Verfasser fällt auf, daß frühre keine Symptome des Leidens bestanden, außer daß Pat. seit einigen Wochen wegen des Reizes masturbierte; daß ferner Retention bestand, während sonst bei jenem Leiden über Inkontinenz berichtet werde. Da die Anwesenheit des Steines die Passage des Katheters nicht hinderte, nimmt F. an, daß die Verlegung derselben entstanden sei durch einen „Spasmus der Harnröhrenmucosa." *Janssen* (Düsseldorf).

Oberländer, F. M., The clinical significance of urethroscopy. (Die klinische Bedeutung der Urethroskopie.) Americ. journal of urol. **9,** S. 1—14. 1913.

Verf. verbreitet sich über die Notwendigkeit dieser Untersuchungsmethode und über die Unerläßlichkeit der Technik und der Erfahrung, bespricht die neueren Urethroskope, die Vor- und Nachteile der Beleuchtung durch Platindraht und Mignonlampe, sowie der direkten Wasserkühlung, welche die Farbennuancen abschwächt. Oberländer benutzt 16 cm lange silberne, vorn abgeschrägte Instrumente. Vorne befindet sich der Träger für die Mignonlampe. In den meisten Fällen kommt er mit einem Instrument Cal. 23 Charrière aus; bei engen Harnröhren verwendet er Cal. 21. Wenn nötig, wird vorher durch konische Bougies dilatiert. Als Gleitmittel gebraucht er Boroglyzerin. Die Inspektion erfolgt von hinten nach vorn. Das Licht darf nicht zu grell sein. Betreffs des Aussehens der normalen Urethra weist der Verf. darauf hin, daß oft auch gesunde Harnröhren ein ziemlich rotes Aussehen besitzen. Normaliter ist die Schleimhaut glatt und glänzend, die Morgagnischen Krypten erscheinen als stecknadelspitzgroße Grübchen, während sichtbare Littrésche Drüsenausführungsgänge auf eine bestehende oder überstandene Erkrankung schließen lassen. O. teilt die Urethra anterior in eine Pars bulbosa, eine Pars media s. pendulosa und eine Pars glandulosa ein. Für die Pars bulbosa ist der gefaltete Boden und das glatte gespannte Dach, für die Pars pendulosa das exakte trichterförmige Aussehen der Mucosa und fünf bis sechs in der sog. Zentralfigur zusammenfließende Falten charakteristisch. In der kurzen Pars glandulosa sind die Falten wenig ausgesprochen. Hinsichtlich der Diagnose einer gonorrhoischen Urethritis ant. ist der Arzt in subakuten und chronischen Fällen auf die Mikroskopie und Urethroskopie angewiesen, jedoch ist der durch die letztere erhobene Befund meist sicherer. Je nach dem Verlauf ändert sich das Bild. In milderen subakuten Fällen zeigt die Schleimhaut zunehmenden Glanz, tiefe Rötung, entzündete Krypten und leichte fleckige Hämorrhagien. Eiteriges oder schleimig eiteriges Sekret fehlt meist. Der zweite sog. glanduläre Typus zeichnet sich durch Hyper-

trophie der Drüsen, durch Bindegewebs- und Narbenbildung aus. In noch mehr vorgeschrittenen Fällen kann die letztere so sehr zunehmen, daß fibröse Neubildungen vorgetäuscht werden. Mit der Bindegewebsbildung nimmt die Schwierigkeit bei der Einführung des Instrumentes zu. Falls eine Dilatation erforderlich ist, soll sie unter der Kontrolle des Auges gemacht werden. O. empfiehlt sein zweiarmiges Instrument hierzu. Auch bei einer Urethrotomia interna rät er, sich seiner Methode unter Benützung der Endoskopie zu bedienen. — Von nicht gonorrhoischen Affektionen der Harnröhrenschleimhaut kommen hauptsächlich Ätzungen in Betracht, meist durch Antiseptica hervorgerufen, welche die Patienten bei Selbstbehandlung einer bestehenden oder angenommenen Gonorrhöe in die Harnröhre bringen. Es handelt sich meistens um mehr circumscripte leichte hämorrhagische Schwellung, in seltenen Fällen um Strikturen, häufigst in der Pars anterior. Carcinomatöse Erkrankungen der Urethra traf O. in 3 Fällen. Makroskopisch unterschieden sich die Carcinome nicht von einem gewöhnlichen Papillom. Eine einwandfreie tuberkulöse Affektion hat Verf. noch nicht beobachtet; oftmals kommt es zu einer konsekutiven Entzündung der Urethra bei Tuberkulose der oberen Harn- und der Geschlechtsorgane. — Im Anschluß an häufigen und unsauberen Gebrauch des Katheters entwickelt sich nicht selten ein mucopurulenter Katarrh, der unter Umständen zu Verwechslung mit Gonorrhöe führen kann. Schädigungen der Harnröhre durch Coitus interruptus, habituelle Masturbation usw. werden, im Gegensatz zur gonorrhoischen Urethritis meist in der Pars posterior beobachtet. — Der Verf. kommt schließlich auf eine Reihe von Erkrankungen der Prostata und der Beckenorgane, deren gonorrhoische Herkunft durch das Urethroskop ermittelt werden könnte. *Saxinger* (München).

Männliche Geschlechtsorgane:

Ciaccio, C., Über einen seltenen benignen Tumor des Samenstranges (Fibroplasmocytom). (*Inst. f. operat. Med., Univ. Palermo.*) Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. **24,** S. 104—108. 1913.

Histologische Beschreibung eines gutartig verlaufenen Tumors, der aus einem Grundgerüst von Fibromcharakter bestand, das durchsetzt war von Zellsträngen, welche sich fast rein aus einer bedeutenden Menge Plasmazellen zusammensetzten. Verf. hält in dem vorliegenden Falle wegen der bedeutenden Menge typischer Plasmazellen, „wegen der regelmäßigen und konstanten Anordnung derselben die Bezeichnung als Fibroplasmocytom für berechtigt. Nach seiner Ansicht spielen hier die Plasmazellen eine analoge Rolle, wie die sarkomatösen Zellen im Fibrosarkom, mit dem Unterschied, daß es sich im ersten Falle um typische Elemente und einen durchaus gutartig verlaufenden Tumor handelt. Verf. glaubt, daß im vorliegenden Falle die Plasmazellen aus den Marchandschen Adventitiazellen oder lymphocytoiden Zellen (Foa und Maximow) sich entwickelt haben. *Leuenberger* (Basel).

Gurdus, Mowscha, Über maximale Torsion und Torsionsileus bei Testis retentus. (*Chirurg. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.*) Königsberg, Dissertation 1913, Gruel, 23 S.

Nach einem Überblick über die anatomischen Vorbedingungen der Torsion des Samenstrangs und die verschiedenen Theorien, die man für die Pathogenese dieses Leidens aufgestellt hat, gibt Verf. die Krankengeschichte eines in der Königsberger Klinik beobachteten Falls: 15 jähriger Mensch mit rechtsseitigem Leistenhoden, dem wegen der Vorwölbung in der rechten Leiste vom Arzt unter der Diagnose: Leistenbruch ein Bruchband verordnet war. Ohne besondere Veranlassung traten am 9. XI. 11 heftige Schmerzen in der rechten Leistenbeuge auf. Am 14. XI. Aufnahme in die Klinik, wo man den erwähnten Befund erhob. Bei der Operation fand man nach Durchtrennung der Aponeurose Hoden und Nebenhoden blaurot verfärbt und nekrotisch, den Samenstrang 2 mal, also um 720° gedreht. Exstirpation von Hoden und Nebenhoden. Glatte Heilung. Das anatomische Präparat zeigte keinerlei Besonderheiten, die das Zustandekommen der Torsion hätten erklären können. *Kempf* (Braunschweig).

Ralló, M., Grave accidente consecutivo á la punción de un hidrocele. (Übler Zufall nach Hydrocelenpunktion.) La Tribuna Medica **8,** S. 720—722. 1913.

Schwere Jodvergiftung, Delirium, Exanthem, Anurie, nach Injektion von Jodtinktur in die durch Punktion entleerte Hydrocele bei einem 65jährigen Mann. Nekrose an der Injektionsstelle. Ausgang in Heilung. Die Jodtinktur war alt und enthielt wahrscheinlich Jodwasserstoffsäure. *Denks* (Hamburg).

Santos Fils, Carlos, Sur le traitement de la blennorragie par la diathermie. (Über die Gonnorrhoebehandlung mit Diathermie.) Arch. d'électr. med. **21,** S. 241—257. 1913.

Weibliche Geschlechtsorgane:

Schauta, F., Über moderne Myombehandlung. Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 13—19. 1913.

Eine kurze historische Übersicht beginnt den Vortrag, dessen Hauptteil den Wert der mo-

dernen therapeutischen Methoden gegeneinander abwägt. Die Myomoperationen zeigten noch bis 1878 eine Sterblichkeit von 50 %, 1886 wurde sie auf 35—31 % angegeben, während sie heutzutage auf 4—6 % und bei typischen einfachen Operationen auf 0—1 % gesunken ist. In Betracht kommen 1. die konservativen Methoden (Enukleation einzelner Knoten, Abtragung gestielter Myome), 2. die supravaginale Amputation des Uterus, 3. die Radikaloperation (Uterus einschließlich Cervix). Alle 3 Methoden können vaginal oder abdominal ausgeführt werden. Der vaginale Weg tritt gegenüber den ständig sich bessernden Erfolgen und größeren Übersichtlichkeit des abdominalen (namentlich bei Anwendung des Fascienquerschnittes) immer mehr in den Hintergrund. Die supravaginale und die totale Uterusexstirpation behaupten immer mehr das Feld, da die konservativen Methoden 14 % Rückfälle ergeben, und namentlich, seit die Lehre von der Gutartigkeit der Myome sich nicht mehr als absolut gültig erweist. Berechnet doch Bumm bereits 10 % sarkomatöse Degeneration und Mac Donald im 4. Lebensjahrzehnt 5 % steigend bis 23,8 % im 7. Lebensjahrzehnt karzinomatöse Degeneration des Uteruskörpers. Die supravaginale Methode bietet neben der leichteren Ausführbarkeit den Vorteil der Zurücklassung eines Stückes Uterusschleimhaut, wodurch die Menstruation meist erhalten bleibt. Demgegenüber fällt bei der Totalexstirpation die Beseitigung der Möglichkeit eines späteren Cervixstumpfkarzinoms nicht so schwer in die Wagschale. Kurz gestreift werden Ergotinbehandlung und Abrasio, deren Wert gering zu veranschlagen ist, namentlich, wenn man noch die Gefahren eines länger bestehenden Myoms mit in Rechnung zieht, wie Endo- und Myokarditis, braune Atrophie, Thrombosen und Nekrosen der großen Gefäße, Ureterendilatation usw. Ausführlich nimmt Schauta zur Frage der Röntgenbehandlung des Myoms Stellung. Eine Verkleinerung der Geschwulst wird durch diese Methode kaum erzielt, höchstens eine Beseitigung oder Verringerung der Blutungen durch Zerstörung der generativen Ovarialsubstanz, während die interstitielle, der Träger der inneren Sekretion, erhalten bleibt. Das Röntgenverfahren stellt somit eine unblutige Kastration dar, die vor der blutigen das Fehlen starker Ausfallserscheinungen voraus hat. Kontraindikationen gegen die Röntgenbehandlung sind submuköser Sitz der Knoten, Entzündungsvorgänge in der Umgebung des Uterus, namentlich Adnextumoren, ferner jugendliches Alter, starke Anämie, schwerere Herzerscheinungen, Druckerscheinungen, Nekrose oder cystische Degeneration der Myomknoten und vor allem der leiseste Verdacht auf Korpuskarzinom oder sarkomatöse Degeneration. Letzteres ist wohl stets schwer mit Sicherheit auszuschalten. Gefahren sind ferner die Röntgenverbrennung und die Röntgenperitonitis. Trotzdem wird die Röntgenbehandlung als ein wertvoller therapeutischer Gewinn bezeichnet, der aber nicht an Stelle der operativen Methoden zu setzen und nur bei dauernder Gegenanzeige gegen die Operation anzuwenden ist. Die Indikationsstellung muß dem Gynäkologen vorbehalten bleiben, und so erwünscht sein Zusammenarbeiten mit dem Röntgenologen erscheint, ist nur der erstere den Zufälligkeiten, die sich während der Röntgenbehandlung ergeben und einen operativen Einfgrif dringlich machen können, gewachsen. Über die Radiumbehandlung des Myoms sind die Erfahrungen noch zu gering.

Bossler (Berlin).

Fullerton, Wm. D., Typho-tuberculous tubo-ovarian abscess. (Durch Typhusbacillen mischinfizierte Adnextuberkulose.) Surgery, gynecol. a. obstetr. **16,** S. 180—184. 1913.

Verf. macht darauf aufmerksam, daß bei eitrigen Erkrankungen der weiblichen Genitalien nach vorher überstandenem Typhus der Typhusbacillus als Erreger in Betracht kommen kann. Anführung eines Falles von eitriger Adnexentzündung, in dem die exstirpierten Adnexe typische tuberkulöse Veränderungen zeigten, während aus dem Absceßeiter Reinkulturen des Typhusbacillus gezüchtet wurden. Pat. hatte einige Monate vorher einen latent verlaufenen Typhus überstanden und litt an Lungentuberkulose. Verf. glaubt daher, daß im Anschluß an eine primäre Lungentuberkulose eine Adnextuberkulose entstanden sei, und daß diese dann auf hämatogenem Wege mischinfiziert wurde durch den Typhusbacillus, der am Locus minoris resistentiae günstige Vermehrungsbedingungen gefunden habe. Literaturübersicht.

Hochheimer (Berlin-Schöneberg).

Duvergey, J., Des indications de l'intervention d'urgence dans les péritonites aiguës par perforations salpyngiennes. (Indikationen zur sofortigen Operation bei akuter Peritonitis infolge Durchbruchs der Tube.) Sém. gynécol. **18,** S. 41—44. 1913.

Während allgemeine akute Peritonitis bei Perforation des erkrankten Appendix oder des übrigen Verdauungstraktes häufig vorkommt, ist die allgemeine Peritonitis beim Platzen der Pyosalpinx seltener, da fast immer schon peritonitische Verwachsungen vorhanden sind, die die Erkrankung auf das Becken beschränken. Während die alten Pyosalpinxsäcke häufig keine virulenten Bakterien mehr enthalten, sind die frischen, die gerade häufig platzen, immer mit virulenten Bakterien (Eberthschen Bacillen, Diplokokken, Staphylokokken, Kolibacillen) angefüllt. Da die durch das Plat-

zen einer solchen Pyosalpinx eintretende Peritonitis gewöhnlich so stürmisch verläuft, daß die Operation nach 36 oder 48 Stunden meist zu spät ist, so besteht beim Vorhandensein einer geplatzten Pyosalpinx die einzige Rettung in sofortiger Operation. Als Operationen sind ausgeführt: die einfache Laparotomie in der Mittellinie mit Drainage, die einseitige oder doppelseitige Salpingektomie mit Drainage, die hintere Kolpotomie mit Salpingektomie, die supravaginale Hysterektomie mit abdominaler Drainage und die abdominale totale Hysterektomie mit abdominaler oder vaginaler Drainage. Die beigegebene Statistik beweist, daß fast nur die sofortige Operation von Heilungen begleitet ist. Die Erfolge bei Operationen in den ersten 24 Stunden nach der Perforation sind günstig; nach Ablauf dieser Zeit sind Heilungen nur zufällig, oder es handelt sich nur um abgeschwächte Formen und nicht allgemeine Peritonitis. — Als Operation kommt die einfache Laparotomie und Drainage nur als Palliativoperation bei Moribunden in Frage. Die abdominale totale Hysterektomie ist eine zu langdauernde, zu eingreifende und zu blutreiche Operation, um bei den schwer infizierten und im Shock befindlichen Kranken ausgeführt werden zu können. Als weniger eingreifend und schneller ausführbar empfiehlt sich bei gleichem Erfolg als Radikaloperation die abdominale supravaginale Hysterektomie. Die Kolpotomie mit Salpingektomie kommt nur in Ausnahmefällen in Frage, da sie keinen Einblick gewährt. Meist wird von den Operateuren die einseitige Salpingektomie ausgeführt. Sie hat ihre Berechtigung, wenn nur die eine Tube erkrankt ist und keine Verwachsungen vorhanden sind. Meist sind aber beim Platzen einer Pyosalpinx beide Tuben erkrankt, so daß sie beide entfernt werden müßten. Die beiderseitige Salpingektomie dauert jedoch, besonders bei Verwachsungen, oft länger und ist schwieriger als die abdominale supravaginale Hysterektomie, die auch gleichzeitig den häufig miterkrankten Uteruskörper entfernt. Die Schnittführung muß in Höhe der Cervix erfolgen, der Cervicalkanal muß kauterisiert und der Stumpf vernäht werden. Darauf Säuberung des Peritoneums und Drainage durch die Bauchwunde und ev. auch durch den Douglas nach der Vagina. Der Blutverlust ist immer sehr gering und der Eingriff nicht schwerer als die Salpingektomie. Resümee: Beim Vorhandensein einer allgemeinen Peritonitis, verursacht durch Platzen einer Pyosalpinx, muß der chirurgische Eingriff mit größter Schnelligkeit erfolgen. Wenn die Kranke in einem schweren bedrohlichen Zustand ist, muß man die Salpingektomie ausführen, vorausgesetzt, daß die Erkrankung nur einseitig ist und die Adnexe nicht verwachsen sind. Danach Säuberung des Peritoneums und Drainage durch die Laparotomiewunde. In allen anderen Fällen ist die ideale Operation die abdominale subtotale Hysterektomie, die den erkrankten Uterus mit den angegriffenen Adnexen entfernt und durch die Leichtigkeit der Ausschälung der Adnexe die Operation vereinfacht und die Dauer des Eingriffs abkürzt. *Eckert* (Dortmund).[c]

Cruet, P., De l'utilité de l'examen cystoscopique dans le diagnostic d'opérabilité du cancer du col de l'utérus. (Über den Nutzen der cystoskopischen Untersuchung für die Erkennung der Operabilität des Collumcarcinoms.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. **70**, S. 1—26 u. 70—90. 1913.

Der Verf. tritt warm für die in Frankreich bisher vernachlässigte cystoskopische Untersuchung der Blase beim Collumcarcinom ein; nach kritischer Besprechung der Anhaltspunkte, welche man durch die vaginale und rectale Untersuchung sowie durch die funktionellen Störungen seitens der Harnblase für die Beurteilung der Operabilität gewinnen kann, folgt eine cystoskopische Studie nach eigenen Beobachtungen, welche im wesentlichen die deutschen Untersuchungen bestätigen. Der Standpunkt ist folgender: Ergriffensein von Blasenboden und Ureteren ist Kontraindikation zur Operation. Vaginale und rectale Untersuchung genügt allein in den Grenzfällen nicht, ebensowenig sind die Störungen seitens der Blase verwertbar, denn sie erscheinen zu spät, fehlen auch bei vorgeschrittenen Fällen ganz. Die Cystoskopie allein kann über den Zustand des Blasenbodens und etwaige Kompression der Ureteren Aufklärung geben. Die Veränderungen am Blasenboden sind mit Ausnahme der neoplastischen Bildungen

durch Zirkulationsstörungen bedingt, nicht spezifisch und werden auch bei anderen genitalen oder vesicalen Erkrankungen nicht carcinomatöser Art beobachtet; es ist daher aus ihnen ein Schluß darauf, ob das Carcinom den Blasenboden ergriffen hat, nicht statthaft. Doch hat diese Tatsache nur relative Wichtigkeit, denn es kommt für die Beurteilung der Operabilität weniger darauf an, wodurch diese Zirkulationsstörungen bedingt sind, als auf ihre Ausdehnung, ihre Intensität. Die Operationserfahrung lehrt, daß die einfache Vorwölbung des Blasenbodens oder auch leichte blutige Suffusionen oder diffuse Röte keine Bedeutung haben; Falten- und Wallbildung am Blasenboden ist stets Vorzeichen für Schwierigkeiten beim Ablösen der Blase; häufig sind dabei Verletzungen von Blase und Ureteren vorgekommen. Diffuses Ödem mit breiten Parallelfalten, bullöses Ödem ist bedingt durch sehr ausgedehnte Verwachsungen, welche eine Operation mehr oder weniger gefährlich machen oder auch nutzlos. Bei operablen Fällen wurden diese verschiedenen Formen des Ödems nie gesehen. Die Kompression der Ureteren verrät sich durch Verzögerung, Unregelmäßigkeit und die Kraft der Ejaculation, durch Spasmus der vesicalen Mündung und manchmal, bei sehr weit vorgeschrittenen Fällen, durch eine Art Rigidität der benachbarten Blasenschleimhaut nach der Ejaculation. Diese Kompressionszeichen weisen auf den Sitz der operativen Schwierigkeiten hin. Fehlen sie, so kann man eine scheinbare Infiltration des Parametriums mit großer Wahrscheinlichkeit auf Adnexentzündung zurückführen. Zusammen mit schwereren Veränderungen des Blasenbodens werden Kompressionssymptome den Verzicht auf die Operation unterstützen. In diesen Grenzen wird die Cystoskopie bei zweifelhaften Fällen häufig genug eine nutzlose Operation verhindern können. *Küster* (Breslau).[G]

Stewart, Francis T., Formation of an artificial vagina by intestinal transplantation. (Bildung einer künstlichen Scheide durch Darmverpflanzung.) Ann. of surg. **57**, S. 210—216. 1913.

Bei einer Pat. mit Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe wegen Carcinoms war der Scheidenrest zum Verschluß einer Blasen-Scheidenfistel benutzt worden. Pat. verlangte die Neubildung einer Vagina, da ihr Mann sich sonst von ihr trennen wollte. Nach Incision zwischen den Labien stumpfe Dehnung des Gewebes zwischen Blase und Rectum und temporäre Tamponade. Darauf Laparatomie. Isolierung einer 25 cm langen Ileumschlinge. Verschluß beider Enden und — end to end — Vereinigung des stehen gebliebenen Darmes. Abbindung des Mesenteriums an der distalen Hälfte der isolierten Schlinge. Dadurch gelingt es, bei der nun folgenden Durchführung nach unten Zerrung am Mesenterium und an der Enteroanastomose zu vermeiden und eine einfache Darmschlinge herabzuziehen, statt einer Duplicatur, die später eine Spornquetschung nötig macht. Das orale Ende kann, wie in diesem Falle, zwischen Blasen- und Rectumperitonaeum eingenäht werden, bei Vorhandensein einer Cervix wird es um diese fixiert. Besprechung der sonst üblichen Methoden. *Hochheimer.*

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Bolognesi, Giuseppe, L'istogenesi delle cavità articolari di neoformazione. (Die Histogenese neugebildeter Gelenke.) (*Istit. di clin. chirurg., univ., Modena.*) Arch. internat. de chirurg. **6,** S. 69—127. 1913.

Experimentelle Erzeugung von Gelenkneubildungen an Kaninchen durch traumatische, nicht reponierte, Hüftluxation, sowie durch Kontinuitätstrennung am Femur mit Zwischenlagerung von Fremdkörpern. Bei ersterer Versuchsanordnung gelingt fast immer die Erzielung einer Diarthrose mit wirklicher Gelenkneubildung (Gelenkhöhle und -kapsel), bei der zweiten Versuchsreihe häufiger nur die Entwicklung einer fibrösen Pseudarthrose (Synarthrose). Die experimentell erzielte Gelenkneubildung zeigt histologisch analoge Bilder der normalen Gelenkentwicklung. Die Gelenkkapsel besitzt eine äußere fibröse Schicht (von den umgebenden Weichteilen stammend), sowie eine innere (Synovia-) Schicht. Die tiefer gelegenen Zellen der letzteren an Knorpelzellen erinnernd, die oberflächlichen in Schichten gelagert, die aber nicht mit echten Endothelzellen identisch sind. *Wittek* (Graz).

Compan, V., Contribución á los resultados de le sueroterapia antimeningococica en las artro-teno-sinovitis gonococcicas. (Erfolge mit Antimeningokokkenserum bei gonorrhoischen Gelenkerkrankungen.) Revista de Medicina y Cirugia 27, S. 10—14. 1913. (Spanisch.)

Bericht über günstige Beeiflussung von gonorrhoischen Gelenkerkrankungen mit Antimeningokokkenserum in 4 Fällen. Es wurden mehrfach je 20 ccm Serum injiziert. Nach 48 Stunden trat Zunahme der Beschwerden ein, aber nur für kurze Zeit. Die Gelenke können schon nach 8—14 Tagen wieder bewegt werden. *Denks* (Hamburg).

Bernheim, Bertram M., Arteriovenous anastomosis successful reversal of the circulation in all four extremities of the same individual. (Arterio-venöse Anastomose. Erfolgreiche Umänderung der Zirkulation in allen vier Extremitäten desselben Individuums.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 360—362. 1913.

Nachdem Bernheim eingangs einige kritisierende Bemerkungen zu den Arbeiten von Coenen und Wiewiorowski gemacht hat, worin er einen großen Teil der Schuld beim Mißlingen der in Rede stehenden operativen Eingriffe an den Gefäßen der noch nicht völlig ausgebildeten und beherrschten Technik gibt, berichtet er zunächst über einen von Davies in London operierten Fall, bei dem eine End-zu-End-Anastamose der Femoralgefäße am linken Bein wegen drohender Gangrän des Unterschenkels und Fußes gemacht wurde. Die Gangrän trat nicht ein und der Patient konnte 6 Monate später mit geringer Unterstützung gehen. B. selbst hat dann bei einer Patientin im Alter von 26 Jahren wegen Raynaudscher Krankheit im Februar 1911 am linken Bein und im Mai desselben Jahres am rechten Bein die arterio-venöse Anastomose gemacht, in der Weise, daß er links End-zu-End, rechts ebenso wie an den beiden Armen, an denen die Operation im Januar und März 1912 nötig wurde, Seit-zu-Seit die Operation ausgeführt. Bei der End-zu-End-Operation fügte er zwischen die beiden Gefäße ein Stück Vene ein, bei der Seit-zu-Seit-Operation, ging er so vor, daß er zunächst in beide Gefäße, wie es Bernheim und Stone beschrieben haben, rechtwinklig zur Richtung des Blutstroms eine Incision in die Gefäße machte, deren klaffende Ränder dann durch eine fortlaufende Naht vereinigt wurden. Die Vene wurde proximalwärts von der Anastomose unterbunden. Auf diese Weise erreichte B. an allen vier Extremitäten der Patientin eine völlige Heilung der Beschwerden und Krankheitserscheinungen. Nur im rechten Bein traten von Zeit zu Zeit geringe Beschwerden auf, die in der Zukunft aber voraussichtlich auch noch schwinden werden. *Creite* (Göttingen).

Lévy-Bing, A., et Louis Duroeux, Un cas d'hyperostoses syphylitiques héréditaires des os longs. (Ein Fall von hereditär-syphilitischen Hyperostosen an den langen Knochen.) Ann. des mal. vénér. **8,** S. 116—124. 1913.

Kasuistischer Beitrag. Beginn der Knochensyphilis im Alter von 12 Jahren. Im Verlauf von 7 Jahren waren nacheinander beide ulnae und beide tibiae erkrankt. *Bergemann* (Berlin).

Toussaint, H., Le cal à ressort du radius et du péroné. (Der federnde Callus des Radius und der Fibula.) Rev. d'orthop. **24,** S. 151—156. 1913.

Bei Radius- und Fibulafrakturen im mittleren Drittel kommtein Federn des Callus dadurch zustande, daß bei supinierender und abducierender Bewegung der Hand und des Fußes die nach innen verstellten Bruchstücke auf der Höhe ihrer Abknickung am Nachbarknochen vorbeischnellen. Hierdurch wird ein knackendes Geräusch erzeugt, das zur Annahme einer Pseudarthrose verleiten kann und mit Crepitation nicht verwechselt werden darf. Mitteilung von 3 einschlägigen Fällen, aus denen hervorgeht, daß die Diagnose auch ohne Röntgenbild aus den klinischen Erscheinungen zu stellen ist. Die Behandlung besteht in frühzeitiger Massage und Bewegung, durch die der Callus in kurzer Zeit zur Resorption gebracht wird. *Duncker* (Köln a. Rh.).

Plisson, L., Un cas de fractures spontanées multiples à forme spéciale, maladie de Lobstein. (Ein Fall von multiplen spontanen Frakturen von spezieller Form. Lobsteinsche Krankheit.) Clinique (Paris) **8,** S. 132—133. 1913.

Spontane Frakturen können infolge Altersosteoporose, Tumoren oder Entzündungs-

herden, entstehen. Auch nach Nervenverletzungen werden spontane Frakturen beobachtet. Eine besondere Klasse bildet die Osteopsathyrose von Lobstein, deren genaue Ursache noch nicht geklärt ist. Lobsteinsche Trias kommt hierbei in Frage, nämlich Rachitis, lokale Osteomalacie und nervöse Störungen. Der beschriebene Fall hat spät laufen gelernt. Die beiden Dentifikationen waren sehr verspätet. Rachitis leichten Grades vorhanden. Fontanellenschluß trat sehr spät ein. Auffallende Weichheit der Knochen und des Callus im Kindesalter. Pat. hatte bis zum 19. Jahre 18 Frakturen seit dem $2^1/_2$ Lebensjahre erlitten. Dieselben waren bis auf eine auf die untere Extremität beschränkt. Neben auffallender Schwäche der Beine bestand eine Pseudohypertrophie der Waden. Einige Tage bevor sich die Frakturen einstellten, bemerkte Pat. unregelmäßig ziehende und prickelnde Schmerzen an der zukünftigen Bruchstelle. Spontanfraktur trat dann ohne besondere Ursache auf. Während der Schmerzanfälle starke Phosphaturie. Nach Darreichung von Adrenalin soll seit 1912 keine Spontanfraktur mehr aufgetreten sein. Genaue Ursache konnte Verf. ebenfalls nicht feststellen. *Grune* (Köln a. Rh.).

Obere Gliedmaßen:

Delmas, J., et H. Vallois, Un cas d'hémimélie longitudinale externe du membre supérieur. (Halber äußerer Längsdefekt des Armes.) (*Laborat. d'anat., fac. de méd., Montpellier.*) Bibliogr. anat. **23,** S. 22—32. 1913.

Jansen, Ein einfacher Verband zur Behandlung des Schlüsselbeinbruches. (*Städt. Krankenh., Stralsund.*) Münch. med. Wochenschr. **9,** S. 474. 1913.

Der Verband (schon vor 10 Jahren von Berndt angegeben) wird in folgender Weise angelegt: 1. Ein wattierter Bindenzügel wird durch die gesunde Achselhöhle über die gesunde Schulter geschlungen und hinten zu einer Oese geknüpft. 2. Ein Heftpflasterstreifen, in dessen Mitte eine zweite Bindenöse eingeknüpft ist, wird so über die kranke Schulter gelegt und nach vorn und hinten der Brustwand angeklebt, daß die Bindenöse hinten am Cucullarisrand zu liegen kommt. 3. Durch beide Oesen wird eine Binde gezogen und über ein Wattepolster am Nacken geknüpft. Vorteile: Geringe Belästigung; Arme frei; einfache Kontrolle. *Riedl* (Linz a. D.).

Balzer, F., et Belloir, Éléphantiasis syphilitique du membre supérieur. (Syphilitische Elefanthiasis am Oberarm.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. **24,** S. 125—128. 1913.

3 Jahre nach Beginn einer von vornherein schwer auftretenden luetischen Infektion zeigten sich ausgedehnte tertiäre Infiltrationen und Ulcerationen in den Weichteilen des rechten Oberarms, die zu elefantiastischen Veränderungen führten. Nach weiteren 5 Jahren 2 intramuskuläre Salvarsaninjektionen ohne Erfolg. Jetzt, 2 Jahre später, 4 intravenöse Neosalvarsaninjektionen, die erhebliche Besserung zur Folge hatten. *Vorderbrügge* (Danzig).

Broca, A., Opération précoce pour fracture supra-condylienne de l'humérus à grand déplacement. (Frühzeitige Operation bei suprakondylärer Fraktur des Humerus.) Arch. de méd. d. enfants. **16,** S. 126—127. 1913.

Entgegen der Ansicht A. Trèves hat Verf. bei einer supracondylären Humerusfraktur, die bereits seit 1 Monat mit sehr großer Verstellung bestand, operativ vorgehen müssen. Das Resultat war ein verhältnismäßig gutes. *Grune* (Köln).

Ombrédanne, Fracture de l'épitrochlée, et engagement du fragment dans l'interligne articulaire. (Bruch der Epitrochlea und Einkeilung des Fragments in die Gelenklinie.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 358—361. 1913.

Das abgesprengte Stück der Trochlea hat sich in den Gelenkspalt zwischen Trochlea und Ulna eingeklemmt und zur Diastase des Gelenks geführt. Operative Entfernung des abgesprengten Stückes. Heilung. *Peltesohn* (Berlin).

Patourel, G., Les frictions hertziennes et les troubles trophonévrotiques. (Die Hertzschen Schwingungen und die trophoneurotischen Störungen.) Rev. d'orthop. **24,** S. 179—182. 1913.

Bei einem 7 jährigen Kinde bestanden schwere trophoneurotische Störungen nach einer Fraktur beider Vorderarmknochen, die etwa 1 Jahr zurücklag. Die operative Freilegung der Nerven war ohne Erfolg geblieben. Es bestanden Flexionskontrakturen der 2. und 3. Phalangen des 1. bis 4. Fingers, die aktive Beweglichkeit war in allen Fingern aufgehoben, im Handgelenk

herabgesetzt; hochgradige Muskelatrophie im distalen Abschnitt des Vorderarms, schwere Ernährungsstörungen der Haut besonders des 2. bis 4. Fingers, Ankylose der Interphalangealgelenke. 3 wöchige Galvanisation hatte wenig Erfolg. Dagegen brachte die Anwendung der Hertzschen Schwingungen in 24 Sitzungen während zweier Monate so viel Besserung, daß das Kind den Federhalter halten konnte. Die trophischen Störungen der Haut und die Atrophie der Muskulatur waren erheblich gebessert, die Ankylose der Fingergelenke wesentlich gelockert. Hinweis auf frühere Arbeiten über dieses Verfahren. *Schede* (München).

Teleky, Ludwig, Isolierte Atrophie einzelner Daumenballenmuskeln bei Feilenhauern. Wien. klin. Wochenschr. **26**, S. 374—375. 1913.

Verf. bespricht aus seiner Erfahrung als Spezialarzt für Berufskrankheiten obige Affektion an der Daumenmuskulatur zweier von ihm kürzlich beobachteter Fälle. Während im ersteren die Atrophie den linken Flexor und Abducens pollicis brevis betraf und auf chronische Bleivergiftung mit übergroßer Anstrengung verbunden zurückzuführen war, ergab sich im zweiten Fall als Ursache der rechterseits vorgefundenen Atrophie des Abducens pollicis brevis und Opponens lediglich die Überanstrengung. Diese erscheint um so begreiflicher, wenn man bedenkt, daß ein Feilenhauer täglich über 22 000 Schläge mit einem schweren Hammer zu führen hat. *Fieber* (Wien).

Gasne, E., Décollements épiphysaires des métacarpiens. (Epiphysenlösung der Metakarpen.) Rev. d'orthop. **24,** S. 171—178. 1913.

Sind äußerst selten und gefunden und beschrieben nur in 2 Fällen publiziert. 2 Fälle von Epiphysenlösung des Daumens bringt Verf.

1. Fall. Sturz auf die Hand, der Daumen ist nach innen geschlagen, Schwellung, Schmerz am zentralen Ende des Metacarpus I. Im Röntgenbilde Abhebung der Epiphyse in kleiner Lamelle. Nach 4 Jahren sind beide Daumen gleich lang also keine Schädigung des Wachstums. 2. Fall. Sturz aus der Höhe. Abnorme Stufe in der Gegend des zentralen Endes des Metacarpus I, Schmerz, abnorme Beweglichkeit, Crepitation. Im Röntgenbilde Epiphysenlösung mit Verschiebung des peripheren Rücken nach außen und hinten. Bewegungsbehinderung. Differentialdiagnostisch wichtig gegen Daumenluxation ist die Stufe und die leichte Repositionsmöglichkeit derselben durch Druck auf die Stufe. Zur genaueren Diagnose ist das Röntgenbild unbedingt erforderlich. Ebensolche Epiphysenlösungen mit Frakturen bringt Verf. am 3. Metacarpus und 4. Metacarpus. Trauma war verschieden, ist aber meist eine direkt einwirkende Gewalt. Die Verletzungen bieten funktionell gute Resultate.
v. Mayersbach (Innsbruck).

Untere Gliedmaßen:

Bevacqua, Alfredo, Fuso-spirillare Assoziation in einem Falle von Pseudoelephantiasis des unteren linken Gliedes bei einem Araber. (*Militärhosp., Tripolis.*) Zentralbl. f. Bakteriol., Orig. **68,** S. 182—188. 1913.

Eigentümliche, durchaus chronische, nach einer Verletzung an den Zehen 20 Jahre vorher begonnene, schmerzhafte, elefantiastische Verdickung des l. Beines. Die Haut ist besprenkelt mit miliaren Knötchen und mit Geschwüren, die mit fleischigen Granulationen „nach Art eines Hühnersteißes" bedeckt sind. Von diesen Granulomen wird eine eiterartige, sehr stinkende Flüssigkeit abgesondert. „Das subcutane Gewebe stellt sich als ein weicher, speckartiger, nachgiebiger, sehr stinkender Brei dar, durch welchen der Finger ohne irgendwelchen Widerstand über die Aponeurosis hingleitet." Bakteriologische Untersuchungen der Abstriche von den Granulomen ergaben neben Kokken und Stäbchen spindelförmige Bacillen und Spirillen, auf die Verf. das Krankheitsbild zurückführt. (Abbildung des Beines und des bakteriologischen Befundes.) *zur Verth* (Kiel).

Tridon, P., Hypertrophie congénitale du membre inférieur droit. (Angeborene Hypertrophie des rechten Beines (muß heißen linken Beines). Rev. d'orthop. **24,** S. 187—189. 1913.

9 jähriges Mädchen, dessen linkes Bein 3 cm länger ist als das rechte. Umfang des linken Oberschenkels 9 cm, der des linken Unterschenkels 3 cm größer als am rechten Bein. Linker Fuß 1 cm länger als rechter. Es fehlt dem linken Bein an der normalen Modellierung, das Bein ist plump, wurstförmig. Am Ober- und Unterschenkel verbreitet finden sich zahlreiche Naevi pigmentosi, vasculares und piliferi. An der großen Zehe eine 5 mm hohe, verhornte Epidermisverdickung von der Größe eines Daumennagels. Kein Druckschmerz. Funktionell außer leichtem Hinken keine Störungen. *Weber* (München).

Leggett, Thomas H., und Joseph Lintz, Eine Varietät eines Teiles des N. femoralis. Anat. Anz. **43,** S. 232—233. 1913.

Verff. beschreiben eine beiderseits vorhandene Varietät eines Teiles des N. femoralis aus L IV hervorgehend, jedoch mit dem Plexus sacralis anstatt lumbalis verlaufend.

Der Nerv, welcher durch das Foramen ischiadicum majus die Beckenhöhle verläßt, erfüllt dann nach vorn tretend, teilweise mit dem N. saphenus sich verbindend, als Teil des N. femoralis seine Funktion. *Glass* (Charlottenburg).

Horand, R., et G. Coudray, Hanche à ressort. (Schnappende Hüfte.) Gaz. des hôp. **86,** S. 309 bis 313. 1913.

Zwei Krankengeschichten.

1. Bei einer 25jährigen Schneiderin, deren linkes Bein infolge im ersten Lebensjahr überstandener Polyomyelitis etwas verkürzt war und trophische Störungen aufwies, traten ohne besondere Ursache Schmerzen in der linken Hüfte auf, denen einige Monate später das charakteristische Geräusch der schnappenden Hüfte beim Gehen und bei gewissen Streckbewegungen des Beines folgte. Man fühlt bei den Bewegungen ein Strangbündel über den Trochanter nach vorne rutschen, wobei das Geräusch entsteht. Das Röntgenbild zeigt ein normales Gelenk, atrophische Knochen und den Trochanter mit einem Vorsprung, sonst gegen rechts abgeplattet. Verf. hält einen Zusammenhang des Symptoms mit der früheren Polyomyelitis für wahrscheinlich, doch könnte der Vorsprung am Trochanter auch durch tuberkulösen Rheumatismus (Poncet) hervorgerufen sein.

2. Im zweiten Fall trat das Phänomen bei einer pathologischen Luxation der Hüfte (Sepsis) auf, deren Röntgenbild nur noch einen deformen Rest des Kopfes hoch oberhalb der Pfanne zeigt. Auch hier war, besonders bei Rotationsbewegungen, der Strang zu fühlen, dessen Hinüberrutschen über den Trochanter auch sichtbar war. In der anderen Hüfte war hier bei gewissen Bewegungen ein dumpfes intraartikuläres Geräusch zu hören.

Eine Therapie hat in beiden Fällen nicht stattgefunden. *Vorderbrügge* (Danzig.)

Packard, Geo. B., The mechanical treatment of hip disease. (Die mechanische Behandlung der Hüftgelenkentzündung.) Americ. journal of orthop. surg. **10,** S. 329—332. 1913.

Bei der Behandlung der Hüftgelenkentzündung geht Verf. so vor, daß er für die ersten zwei bis drei Jahre nur von extendierenden Maßnahmen Gebrauch macht und jegliche Belastung verbietet. Die Extension und gleichzeitige Abduktion von etwa 20° wird durch eine bis an den Thorax reichende Schiene erzielt. Erst nach Ablauf dieser Zeit verwendet Verf. Gipsverbände. Heilt die Entzündung nicht mit einem beweglichen Gelenk aus, so soll wenigstens für eine Ausheilung in Ankylose mit günstiger Stellung gesorgt werden. Frühzeitige Gipsbehandlung widerrät Packard wegen des raschen Eintritts der Atrophie und der Verzögerung in der funktionellen Wiederherstellung des erkrankten Gelenks. Besonders bei doppelseitiger Hüftgelenkentzündung, bei der die Erhaltung auch nur einer geringen Bewegungsmöglichkeit auch nur in einem Gelenk von unschätzbarem Werte ist, sind Ruhigstellung und Extension unter strengster Vermeidung frühzeitiger Belastung von größter Wichtigkeit. *Bibergeil.*

Lejars, F., La fracture supra-condylienne du fémur atrophié. (Der Suprakondylärbruch des atrophischen Femur.) Semaine méd. **33,** S. 98—99. 1913.

Der typische supracondyläre sog. Spontanbruch des atrophischen Femur, von Ehringhaus, Hagemann, Fromme und Brandes (vgl. dieses Zentralbl. H. 4, S. 167) genauer beschrieben, kommt nicht nur im kindlichen Alter, sondern auch beim Erwachsenen vor, wobei der durch Nichtgebrauch oder Entzündung atrophische Knochen nicht eigentlich spontan, sondern im Anschluß an „reduzierte Traumen" bricht. Lejars bringt 2 neue Beobachtungen solcher suprakondylärer, auffallend schmerzloser und nicht verschobener Querbrüche des atrophischen Femur bei: der eine war bei einem 19jährigen Manne, welcher an einer ausgeheilten Spondylitis, einer ebenfalls ausgeheilten winklig ankylosierten Kniegelenkstuberkulose gelitten und sich bereits vor 4 Jahren aus gleicher unbedeutender Ursache eine gut zur Ausheilung gelangte Fraktur des obern Tibiadrittels zugezogen hatte, durch einfaches Fehltreten zustande gekommen; der andere bei einem 42jährigen kräftigen Manne, welcher vor Halbjahresfrist an einer eben in Konsolidierung begriffenen Frakturpseudarthrose der rechten Tibia operiert worden war, als er beim Einsteigen in einen Wagen sich plötzlich und stark auf dieses Bein stützen mußte. Die suprakondyläre Zone des Oberschenkels scheint sowohl von der akut entzündlichen wie der Inaktivitätsatrophie besonders stark betroffen, auch wenn die „Initialläsion" nicht im Oberschenkel selbst gelegen ist. Auffallend ist die überraschend schnelle Konsolidierung der Frakturen solcher atrophischer Knochen.

Henschen (Zürich).

Eckstein, Gustav, Quadricepsplastik bei spinaler Kinderlähmung. Prag. med. Wochenschr. **38,** S. 97—103. 1913.

Eckstein präpariert sorgfältig von langen Schnitten aus Sartorius und Gracilis und Biceps, tunnelliert im Verlauf des Quadriceps das subcutane Fett von einem lateral der Patella angelegten Schnitt aus und führt die Sehnen kreuzweise durch ein unterhalb der Patella in der Quadricepssehne angelegtes Knopfloch auf die Vorderseite und

vernäht sie mit der Patellarsehne durch in Oxycyanatlösung ausgekochte Seide. Ist der Biceps zu gering, so unterminiert er, wie auch andere, die Fascie des Tensor fasciae und führt unter ihr den Biceps durch, um den Tensor fasciae möglichst mit zur Streckung des Knies heranzuziehen. Genu valgum, Klumpfuß oder Contracturen beseitigt er vorher und erstrebt unblutiges Vorgehen: Gipsverband nach der Plastik in leichter Beugestellung für 3 Wochen. Nachher schneidet er den Verband so auf, daß er die hintere Lade weiterbenutzen kann. Elektrisieren usw. Resultate gut. Kein Geun recurvatum. *Schmitz* (Eschweiler).

Rocher, H. L., et Charrier, Trois cas de subluxations méniscales internes de l'articulation du genou. (Drei Fälle von Subluxation des innern Meniscus im Kniegelenk.) Gaz. des hôp. **86**, S. 261—267. 1913.

Verff. bringen drei sehr instruktive Krankengeschichten dieser an und für sich wohl nicht so seltenen, aber in den Lehrbüchern noch wenig gewürdigten Verletzung.

I. Vor 5 Jahren war Pat., eine jetzt 30jährige Dame, beim Tanz mit dem rechten Fuß auf einer stumpfen Stelle des Parketts hängen geblieben, während sich der Körper nach vorn und innen weiterdrehte. Das Knie schwoll leicht an, doch versucht Pat. weiterzutanzen, muß aber davon absehen, da das Knie zu unsicher ist. In den nächsten 3 Jahren wiederholt sich diese Distorsion der Kreuzbänder und des inneren Seitenbandes mehrmals, jedesmal von heftigen Schmerzen begleitet, doch ohne Bewegungsstörungen. Vor 2 Jahren stieß Pat. beim Aussteigen aus der elektrischen Bahn mit dem Fuß gegen einen Gegenstand; unter heftigem Schmerz stellt sich das rechte Knie in Beugestellung fest. Diese Fixierungen wiederholen sich mehrfach. Es gelingt der Pat., durch eine energische Streckbewegung oder durch Druck mit der Hand die normale Stellung wiederherzustellen. Mit einem deutlichen Knack schnappt das Knie jedesmal zurück. Für einige Tage bleibt ein unsicherer Gang und ein etwas schmerzendes Knie. Nachdem 50 bis 60mal diese Knieverletzung eingetreten und immer von der Pat. zurückgebracht war, mußte jetzt ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden. Das rechte Knie ist 145° gebeugt, leicht nach außen subluxiert und nach außen gedreht. Schwellung in der Gelenklinie besonders innen. Keine Ekchymosen. Atrophie des Quadriceps. Druckschmerz vor dem inneren Seitenband. Ein Vorspringen des Meniscus ist nicht zu fühlen. Keine Bewegungsmöglichkeit. Ein Röntgenbild zeigt eine Knochenwucherung innen am Condylus femoris externus und an der Tuberositas intercond. tib. Ferner sieht man im inneren Gelenkspalt einen schwachen Schatten, den Meniscus int. Es ist demnach die Annahme gerechtfertigt, daß zu einem alten Abriß des vorderen Kreuzbandes eine Subluxation des inneren Meniscus hinzugekommen ist. Der innere Gelenkspalt erscheint auf dem Bilde breiter als der äußere, wohl bedingt durch den hypertrophischen Meniscus. Reposition durch Zug am Bein, Rotation und direkten Druck. Leichter Druckverband, Massage. Heilung in 1½ Monaten. Ein halbes Jahr später tritt nach einer heftigen Bewegung im Bett wieder ein ähnlicher Zustand ein. Diesmal fühlt man am innern Seitenband einen schmerzhaften Wulst. Immobilisierender Verband, Massage. Heilung in 4 Wochen, so daß Pat. wieder tanzen konnte. — II. Ein 23jähriger Jüngling blieb beim Fußballspielen mit dem rechten Fuß an einem Grasbüschel hängen und kam zu Fall. Er fühlte dabei ein Krachen im Knie. Der Unterschenkel stand lateral abgewichen und etwas nach außen gedreht. Beim Aufrichten schnappt das Bein in die richtige Stellung zurück. Im letzten Jahre hat sich dies ungefähr 15—20mal wiederholt. Der Pat. kann die Subluxation selbst hervorrufen, indem er mit dem Fuß hinter ein Tischbein hakt. Reposition durch direkten Druck. Es war kein hervorspringender Wulst zu fühlen gewesen. Der Gang ist etwas unsicher und leicht hinkend. Pat. entzog sich der Behandlung. — III. Ein 25jähriger Mann blieb beim eiligen Gehen mit dem äußeren rechten Fußrand an einer Holzschwelle hängen. Unter heftigem Schmerz und einem klappenden Geräusch stellte sich das rechte Kniegelenk in 140° Beugung fest. Es bestand keine Rotation dabei, es war kein Wulst in der Gelenklinie zu fühlen, nur wurde über einen heftigen Schmerz vor dem inneren Seitenbande geklagt. Reposition durch Streckung und direkten Druck auf die Kondylen. Am nächsten Tage stärkere Gelenkschwellung und Erguß. Es blieb ein leichtes Reiben im Gelenk und leichte Schmerzhaftigkeit bei feuchtem Wetter zurück.

An der Hand dieser Fälle werden die Pathogenese, Diagnose und Therapie der Erkrankung besprochen. Es werden andere in der Literatur niedergelegte Fälle herangezogen und wird so ein zusammenhängendes Bild der Subluxation des innern Meniscus entworfen. *Brüning* (Gießen).

Vulpius, Oskar, Zur Behandlung der inneren Verletzungen des Kniegelenks. (*Prof. Dr. Vulpiussche orthop.-chirurg. Klin., Heidelberg.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 453—454. 1913.

Vulpius empfiehlt zur Behandlung der inneren Verletzungen des Kniegelenkes, speziell

der Meniscusverletzungen (die unbestimmte Diagnose „Dérangement interne" lehnt er ab, da man sie durch exakte ersetzen könne) dann, wenn einfache Ruhigstellung nicht zum Ziele führe, aber vor dem niemals indifferenten Eingriff der Gelenkeröffnung — ein Verfahren, das er in allen Fällen, welche nicht mit erheblicher Dislokation des Meniscus einhergehen, anwandte. Unter der Annahme einer Meniscuslockerung etwa auf der Höhe der Konvexität, die V. für die häufigere hält, deponiert er mittels Injektion zwischen Tibia und gelockertem Meniscus einige Tropfen absoluten Alkohols teils in den Meniscus, teils in die Gelenkkapsel, um an der Lockerungsstelle einen entzündlichen Reiz zu erzeugen, der durch Verklebung und Narbenzug den Meniskus in seinem ursprünglichen Bette wieder fixiert. Unmittelbar nach der Injektion starke Aufblähung des Gelenkes mit Sauerstoff mit Wollenbergschem Apparate, wodurch der Meniscus aus dem Gelenkinnern herausgedrängt und an seine Insertionsstelle angepreßt werde. Ruhigstellung des Gelenkes für ca. 3 Wochen. Später Massage, Gymnastik; für einige Monate elastische Kniekappe. Nach V. sind die Erfolge in geeigneten Fällen überraschend. *Hesse* (Greifswald).

Petřvalský, Endothelioma bursae m. poplitei. (Endotheliom des Schleimbeutels des Kniekehlenmuskels.) Časopis lékařův českých 52, S. 193—198. 1913. (Tschechisch.)

Den in der Literatur noch selten beschriebenen 21 Fällen von soliden Geschwülsten der Schleimbeutel fügt Petřivalsky einen neuen Fall hinzu, der zugleich den ersten Fall eines Endothelioms des Kniekehlenschleimbeutels darstellt. — Bei 35jährigen Manne entwickelte sich unter Schmerzen im Laufe von 1½ Jahren eine langsam zunehmende schmerzhafte Resistenz der rechten Kniekehle. Bäder, Massage, Umschläge, Elektrisieren blieben ohne Wirkung, Injektionen mit verdünntem Alkohol und Novocain schafften temporäre Erleichterungen, 2monatliche Röntgentherapie, innerlich Jodkali und äußerlich Verwendung verschiedener Resorbentien brachte keine Linderung der Schmerzen; es entwickelte sich eine bleibende Kniegelenkscontractur und als die Kniekehle sich immer stärker füllte, wurde endlich die Operation zugestanden. Diese erwies einen der Bursa poplitea angehörigen Tumor von 6½ cm Länge und 2—3½ cm Breite, welcher die Wand der Bursa noch nicht durchwachsen hatte. Heilung per primam. Einen Monat später vollkommen freie Funktion des Kniegelenks. Die mikroskopische Untersuchung spricht für die Annahme, daß die Geschwulst von der endothelialen Auskleidung der Bursa ausgeht, morphologisch weder ein reines Carcinom, noch ein reines Sarkom darstellt und gebührt der Neubildung, trotzdem neuerdings Ribbert, Fick u. a. die Existenz der Endotheliome leugnen, rechtmäßig der Name Endotheliom. 17 mikroskopische Bilder erläutern die näheren Details des Befundes. *Pietrzikowski* (Prag).

Skinner, E. H., The prognosis of ankle and wrist fractures, a method of estimation from X-ray negatives. (Die Prognose der Fuß- und Handgelenksbrüche. Eine Methode zur Beurteilung der Röntgenbilder.) Americ. quart. of Roentgenol. 4, S. 142—148. 1913.

Verf. macht darauf aufmerksam, daß es bei Fußgelenks- und Handgelenksfrakturen das Wichtigste ist, daß die Kraftlinien der Gelenke wiederhergestellt werden. Eine anatomisch exakte Wiederherstellung der Bruchstücke ist nicht so wichtig. Auf dem Röntgenbild kann man sehen ob der Talus richtig zur Tibia steht. Es muß nämlich eine Linie, die die Tibia der Länge nach halbiert auch genau durch die Mitte des Talus gehen. Wenn man dies durch den Verband, bei dem die Zehen möglichst nach innen gedreht werden müssen, erreicht, so wird man immer ein gutes funktionelles Resultat haben. Am Handgelenk trifft die Halbierungslinie des Radius in den Raum zwischen dem 2. und 3. Metacarpus. Eine Senkrechte auf diese Linie, die gerade die äußerste Spitze des Proc. styl. ulnae berührt, schneidet stets den Proc. styl. radii ab. Alle Therapie muß darauf gerichtet sein, diese Verhältnisse wiederherzustellen. [Normale und pathologische Bilder demonstrieren das Gesagte. *Brüning* (Gießen).

Sample, John T., and W. L. Gorham, Malum perforans in diabetes mellitus. A report of seven cases. (Mal perforant beim Diabetes mellitus.) (*Johns Hopkins hosp. a. univ.*) Bull. of the Johns Hopkins hosp. 24, S. 28—31. 1913.

Verff. berichten über 7 Fälle von Mal. perf. beim Diabetes mellitus, von denen 6 durch entsprechende Diät gebessert resp. geheilt wurden, einer an chronischer Nephritis starb. Als Ursache kommt neben dem mechanischen Moment und der Gefäßerkrankung (Endarteriitis obliterans) noch eine Schädigung der Gewebsvitalität hinzu. Die Erkrankung kommt relativ selten vor (unter 275 Fällen 7 mal, unter 172 Fällen 1 mal), sie tritt öfter bei Männern wie bei Frauen auf, ist eine Erkrankung des mittleren und späteren Alters, zeigt sich anfangs meist als kleine Blase der Haut oder entsteht auf der Basis eines entzündeten Clavus und bildet sich rasch zu einem geschwürigen Prozeß aus, der mehr minder in die Tiefe gehen und phlegmonös werden kann. Die Anästhesie des Ulcus und seiner Umgebung ist selten, die Kniereflexe wechseln, sie fehlten bei 4 unter den 7 Fällen. *Creite* (Göttingen).

Dreesmann, Die unblutige Behandlung des Klumpfußes. (*St. Vincenz-Kranhenh., Köln.*) Med. Klin. 9, S. 291. 1913.

Dreesmann beschreibt einen Apparat zur Behandlung des Klumpffußes beim Säugling. Die Bandage, die sowohl die Redression wie die viel schwierigere Retention bewirken soll, besteht aus einer metallnen, mit Fersenkappe versehenen Fußplatte, die über das Grundgelenk der großen Zehe reicht, an dem Fuß mittels gepolsterten Lederriemens über den Knöcheln befestigt wird und nach oben durch 2 Gummigurte an der Außenseite des Beins an einer Oberschenkelhülse fixiert wird. Der vordere der Gurte setzt sich an die Fußplatte im Bereich des Grundgelenks der kleinen Zehe, der zweite im Bereich der Ferse an. Die Oberschenkelhülse wird durch einen Beckengurt und durch Schulterträger am Herabgleiten gehindert. Beim Anlegen der Bandage wird das Knie in leichte Beugestellung gebracht und die Gummigurte so fest angezogen, daß die Fußstellung völlig korrigiert ist. Auf diese Weise wird die in der ersten Zeit sehr wünschenswerte Überkorrektur erreicht, da das Kind das Bestreben hat, das Knie öfter zu strecken. Beim 6 Wochen alten Kinde mit doppelseitigem Klumpfuß hat D. im Laufe eines Jahres durch die Bandage eine völlige Heilung des Klumpfußes erzielt. Bei älteren Kindern wird ev. vorherige Redression des Klumpfußes notwendig werden. Auch für Pes valgus, Pes calcaneus glaubt D. den Apparat empfehlen zu können. *Creite* (Göttingen).

Young, Archibald, Dislocation of the metatarsus, with an account of three cases. (Luxation des Metatarsus, mit Bericht dreier Fälle.) Brit. med. journal 2722, S. 433—436. 1913.

Luxationen im Lisfrancschen Gelenk sind häufiger als die Literatur ersehen läßt, übersehen werden sie nicht selten dann, wenn wegen weiterer schwerer Verletzungen primär amputiert wird. Die Prognose der Verrenkung ist besser als man gemeinhin annimmt. Es können 1. ein einzelner Metatarsus, 2. mehrere, 3. sämtliche en bloc luxiert sein und zwar nach verschiedensten Richtungen, am häufigsten — wegen der anatomischen Disposition — nach außen. Frakturen und ausgedehntere Weichteilverletzungen sind nicht selten kombiniert. Ursache und Mechanismus der Metatarsusluxation sind verschieden; bei zwei von den 3 Fällen des Verf. wurde bei fixiertem Vorderfuß der tarsale Teil gewaltsam adduciert, im dritten wurden durch komplizierte Gewalteinwirkung 2 Mittelfußknochen in entgegengesetzter Richtung auseinandergedrängt. Diagnose ist gewöhnlich leicht, da meist charakteristische Deformitäten hervorgerufen werden. 5 Röntgenbilder illustrieren die 3 Fälle des Verf. *Wolff* (Potsdam).

Chlumský, V., Therapeutische Mitteilungen. 2. Zur Behandlung der Hammerzehe. Zeitschr. f. orthop. Chirurg. 31, S. 64—65. 1913.

Bei Kindern beseitigt Chlumsky die Hammerzehe durch Aufbinden auf eine Einschuhsohle mittels Bandschlinge, die an einem Bügel der Sohle befestigt wird.
Duncker (Köln).

Hollensen, Marie, Ein Fall von Hallux varus. (*Krankenabt. d. Hamburger Waisenh.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. 121, S. 581—583. 1913.

Kirmisson et Bailleul, Les difformités des orteils envisagées au point de vue de leur pathogénie. (Die Deformitäten der Zehen vom Standpunkte ihrer Pathogenese.) Rev. d'orthop. 24, S. 97—149. 1913.

Aus der Fülle der für die Deformitätenlehre wichtigen Beobachtungen (344) seien kurz der angeborene Hallux varus und die Hammerzehenbildung, der Hallux flexus und die Z-förmige Retraktion der großen Zehe, die paralytischen Krallen und Pinselzehen und das Reiten der Zehen aufeinander angeführt. Alle diese Verbildungen können mit oder ohne gleichzeitige Deformierung des Fußes vorkommen. Schlecht sitzendes Schuhwerk spielt für ihre Entstehung nur eine nebensächliche Rolle. Von weit größerer ursächlicher Bedeutung sind neben den seltenen kongenitalen Fällen zentrale oder periphere Erkrankungen des Nervensystems und der chronische Gelenkrheumatismus. *Duncker* (Köln).

Waibel, Carl, Die Verletzungen und traumatischen Erkrankungen der Zehen und ihre Begutachtung in Unfallsachen. Münch. med. Wochenschr. 60, S. 467 bis 471. 1913.

Die Bedeutung der Zehen für die Erwerbsfähigkeit des Durchschnittsarbeiters wurde früher überschätzt. Es handelt sich aber mehr oder weniger um eine Luxusfunktion, denn nicht einmal die Großzehe kommt als physiologischer Stützpunkt in Betracht; ihr glatter Verlust bedingt daher keine Dauerrente, ebensowenig der glatte Verlust mehrerer Zehen oder Versteifung in günstiger Stellung. Verlust sämtlicher Zehen kann noch 15—20% Rente begründen.
Grashey (München).

// Zentralblatt für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete
Band I, Heft 11 S. 489—536

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

● **Jores, Leonhard, Anatomische Grundlagen wichtiger Krankheiten. Fortbildungsvorträge aus dem Gebiet der pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie für Ärzte und Medizinalpraktikanten.** Berlin, Springer, 1913. XII, 382 S. M. 15,—.

Verf. hat in diesem Buche die Fortbildungsvorträge, die er seit Jahren an der Kölner Akademie abgehalten hat, in einer Reihe von 34 in sich geschlossenen Vorträgen vereinigt. Er hat Wert darauf gelegt, daß im Zusammenhang mit der pathologisch-anatomischen Beschreibung makro- und mikroskopischer Präparate ein breiterer Raum für die pathologische Physiologie geblieben ist. Die Arbeit gestattet eine rasche und klare Orientierung über die anatomischen Organveränderungen bei wichtigen Erkrankungen und die Würdigung dieser Veränderungen nach den neuesten Anschauungen der Fachgelehrten. Zugleich gibt sie eine übersichtliche Zusammenstellung und Einteilung der zusammengehörigen Krankheitsbilder vom Standpunkt des Pathologen und Klinikers. In einzelnen Fällen sind die krankhaften Veränderungen, wenn sie als Folgeerscheinungen anderer Krankheiten aufzufassen sind, nicht in selbständigen Kapiteln besprochen, sondern der Schilderung der Grundkrankheit angegliedert, so daß trotz des verhältnismäßig geringen Umfanges des Buches (382 Seiten) doch der Eindruck der Vollständigkeit gewahrt bleibt. (Anämie und Fettdegeneration des Herzmuskels und Degenerations- und Regenerationserscheinungen im Blut. Endokarditis und Infarkt, Herzfehler und Stauungsorgane, Arteriosklerose und Apoplexie und Herzinfarkt. Knochenmarksveränderungen und Fettembolie. Appendicitis und Pfortaderthrombose. Thoraxanomalien und Lungentuberkulose; Typhus und Gallenblasenerkrankung; Prostatahypertrophie, Hydronephrose und Steinniere u. a.) Bemerkungen über klinisches Verhalten (Hirndruck bei Hirngeschwülsten, Herzklappenfehler, Koordinationsstörungen der Schlagfolge des Herzens, Pneumonie, Lebercirrhose, Diabetes, Nierenerkrankungen) sind reichlich eingestreut. Bei Fragen, die noch nicht endgültig entschieden sind, werden die Anschauungen und Theorien der einzelnen Autoren mit begründeter Kritik oder unparteiisch wiedergegeben (Leukämie, Arteriosklerose, Emphysen, Thrombose und Embolie, Typhus, Appendicitis, Lungentuberkulose, Carcinomgenese u. a.). Auch die experimentelle Forschung ist weitgehend berücksichtigt, wo sie zur Erklärung schwebender Fragen dienen kann. (Lungentuberkulose, Tuberkulose der Harnwege, Nephritis, Darminfarkt, Arteriosklerose, Lebercirrhose, Pankresanekrose.) Das geschriebene Wort wird durch eine große Menge (250) sehr guter Abbildungen charakteristischer Organveränderungen unterstützt. Außer einer Reihe bunter Darstellungen makro- und mikroskopischer Präparate ist die Reproduktion photographischer Aufnahmen bevorzugt. Eine Besprechung der einzelnen Kapitel könnte bei der Fülle des Stoffes und bei dem beschränkten Raume eines Referates nur ganz unvollständig sein, so daß auf das Original verwiesen werden muß.

Kleinschmidt (Leipzig).

Jazuta, K., Einige seltene Anomalien des Gefäßsystems. (*Anat. Inst. d. Prof. J. Schawlowsky, St. Petersburg.*) Chirurgitscheski Archiv Weljaminowa **29**, S. 126 bis 148. 1913. (Russisch.)

In den letzten 8 Jahren wurden im Anatomischen Institut in St. Petersburg folgende seltene Gefäßanomalien beobachtet, denen Verf. ein gewisses praktisches Interesse zuspricht. 1. Ungemein starke Entwickelung der Arteria transversa faciei auf Kosten der Art. maxillaris externa. 2. Situs inversus der inneren und äußeren

Kopfschlagadern. 3. Beginn der Art. thyreoidea inf. aus der vertebralis. 4. Verlagerung der Art. thyreoidea inf. hinter die Vertebralis (2 Fälle). 5. Ringbildung der Arteria brachialis. 6. Doppelte Arteria brachialis. 7. Beginn der Art. ulnaris aus der Art. mediana antibrachii. 8. Tiefe Lage der Art. radialis. 9. Beginn der Art. penis aus der obturatoria. 10. Ringbildung der Art. femoralis. Besonders selten ist die sub 7 beschriebene Anomalie. *Hesse* (St. Petersburg).

Kusama, Shigeru, Über Aufbau und Entstehung der toxischen Thrombose und deren Bedeutung. (*Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. **55**, S. 459—544. 1913.

Ausführliche Einführung in die einschlägige Experimentalliteratur. Eigene Experimente des Verf. über die Möglichkeit, Thromben im strömenden Blut durch die Wirkung toxischer Stoffe zu erzielen. Injektion von homologem Serum, Hämoglobinlösung und Blutschatten artgleicher Tiere, heterogenen Sera, Peptonen, Glycerin, destiliertem Wasser, Äther, Ricin, Sublimat, abgetöteten Bakterienkulturen und verschiedenen Fremdkörpern. Es wurden verschiedene Thrombusarten in den Capillaren und postcapillaren Venen der inneren Organe erzielt: 1. Blutplättchenthromben (durch die Toxine erhöhte Agglutinierbarkeit der Blutplättchen). 2. Blutschattenthromben (durch die Toxine erzeugte massenhafte Hämolyse.) 3. Bluttrümmerthromben (durch die Toxine erzeugte akute Zerstörungen leukocytärer und lymphocytärer Blutelemente). 4. Leukocytenthromben (durch Zurückhaltung der die Fremdkörper (Bakterien) phagocytierenden und dadurch geschädigten Leukocyten in den Capillargebieten der inneren Organe). 5. Fibrinthrombose (Erhöhung der Blutgerinnbarkeit genügt nicht, sondern es bedarf eines besonderen Gerinnungszentrums), (die vorher genannten Thromben und nicht benetzbare Fremdkörper). In einem Anhang finden sich die morphologischen Unterschiede zwischen Anaphylaxie primärer Giftigkeit artfremden Serums und Pepton-Anaphylaxie. Verf. kommt zum Schluß, daß als Grundbedingung für die toxische, (wie für die statische) Thrombose im strömenden Blute zweierlei in Betracht kommt: 1. Stromverlangsamung, 2. Veränderung der Blutelemente, besonders der Blutplättchen. Primäre Endothelschädigungen sind nicht notwendig, die Fibringerinnung ist ein sekundärer Vorgang. *Kleinschmidt* (Leipzig).

Waele, Henri de, L'action thromboplastique est générale et commune à toutes les substances introduites dans le sang. (Die thromboplastische Tätigkeit ist allgemein und gemeinsam allen in das Blut eingeführten Substanzen.) (*Laborat. de physiol., univ., Gand.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Therap., Orig. **17**, S. 314—332. 1913.

Abrikossoff, A. J., Zur Kasuistik der Parenchymembolien: Kleinhirngewebeembolie der Arteria coronaria cordis beim Neugeborenen. (*Städt. Soldatenkow-Krankenh., Moskau.*) Zieglers Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. **24**, S. 244 bis 246. 1913.

Ingebrigtsen, Ragnvald, Studies of the degeneration and regeneration of axis cylinders in vitro. (Studien über die Degeneration und Regeneration des Achsencylinders in vitro.) (*Rockefeller inst. for med. res., New York.*) Journal of exp. med. **17**, S. 182—191. 1913.

Gehirne von Hühnerembryonen, am besten von solchen im Alter von 6—10 Tagen, von 3 Wochen alten Katzen, gleichaltrigen Hunden und 2 Monate alten Kaninchen, die Spinalganglien von 7 Monate alten Kaninchen und das Rückenmark von 6 Wochen alten Katzen und 8 Wochen alten Kaninchen entwickelten im artgleichen Blutplasma kultiviert zahlreiche als Achsencylinder anzusehende Fortsätze. Besonders geeignet für diese Versuche erwies sich das Kleinhirn 3 Wochen alter Hunde. An solchen Kleinhirnkulturen, die ausnahmslos Achsencylinder zur Entwicklung brachten, wurde eine Anzahl Achsencylinder durchtrennt; nach 9—20 Stunden begann der periphere Stumpf zu degenerieren, nach 20 Stunden zeigten sich neue von den zentralen Stümpfen ausgehende Achsencylinder. *E. Neubauer* (Wien).*

Stocker, S., Über die Ätiologie und Therapie der Osteomalacie und Rachitis. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte **43,** S. 257—262. 1913.

Verf. geht von der Voraussetzung aus, daß Osteomalacie und Rachitis auf demselben Krankheitsprozesse beruhen und zwar auf einem Ausbleiben der Verkalkung des bei dem beständigen Ineinandergreifen von Apposition und Resorption neu angebauten Knochengewebes. Der Kalkstoffwechsel im Knochen ist eine Funktion von Hormonen, von denen diejenigen der Hypophyse, der Thymus, der Thyreoidea und der Nebennieren fördernd, die von den Keimdrüsen gebildeten hemmend einwirken. Wenn dies richtig ist, dann muß es auch gelingen, durch längerdauernde Vermehrung der Zufuhr von Keimdrüsenhormon Knochenerweichung zu erzeugen. Verf. hat von den verschiedenen hierfür zu Gebote stehenden Wegen denjenigen von Implantierung der Keimdrüsen in das präperitoneale Gewebe gewählt. Nach Mißerfolgen bei Kaninchen hat er einem Kalbe Ovarien, einem männlichen Hunde Testikel eingepflanzt mit folgendem Ergebnis: homoplastische Hoden- und Ovarientransplantationen gelingen unter gewissen Kautelen, sie sezernieren an ihrem Standorte; die Hormone der Geschlechtsdrüsen beeinflussen den Stoffwechsel derart, daß der Knochen weich bleibt, d. h. sie hemmen die Ossifikationsvorgänge; die Art der Knochenveränderungen entspricht derjenigen der Rachitis und Osteomalacie, diese beiden müssen also eine Folge der Hypersekretion der Keimdrüsen oder eines Teiles derselben sein. Im weiteren sucht Verf. an bekannten Beispielen nachzuweisen, daß ein konstantes Spannungsverhältnis zwischen den Drüsen mit innerer Sekretion besteht, so daß beim Sichvordrängen der einen Gruppe ein Zurückweichen der Antagonistengruppe statthatt und umgekehrt. Die einzelnen Glieder einer Gruppe werden nicht gleich stark beeinflußt, eine Gesetzmäßigkeit ist aber noch nicht erkannt. Beim Versuchskalbe des Verf. waren die Nebennieren atrophisch. Für die Therapie, welche von dem Bestreben geleitet wird, das Hormondefizit durch künstliche Zufuhr auszugleichen, lassen sich deshalb bestimmte Regeln nicht aufstellen; es sind sowohl mit Adrenalin, wie mit Hypophysen- bzw. Schilddrüsenextrakt Heilungen erzielt worden. Bei der Wahl des einzelnen Mittels ist man vorläufig noch auf den Versuch angewiesen. Auf denselben Gesichtspunkten beruht die Behandlung mit Milch oder Serum kastrierter Tiere, nur daß beides wesentlich schwerer zu beschaffen ist, als die Organextrakte.

Schultze (Posen).

Flath, Chirurgische Neuerungen und ihre Bedeutung für die militärärztliche Praxis. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. **42,** S. 167—175. 1913.

Empfehlung der Jodtinktur zur Vorbereitung des Operationsfeldes und zur Desinfektion der Umgebung akzidenteller Wunden, namentlich im Kriege. Des weiteren tritt Flath für den ausgiebigeren Gebrauch der Michelschen Klammern ein. Bei der Behandlung der Knochenbrüche hat er gute Resultate der Steinmannschen Nagelextension gesehen, dabei aber auch einzelne Knocheninfektionen *Bergemann* (Berlin).

Chauvin, E., et Sp. N. Oeconomos, Recherches sur la nutrition des anesthésiés et des opérés. (Untersuchungen über die Ernährung der Anästhesierten und Operierten.) (*Laborat. des clin.*) Rev. de chirurg. **33,** S. 345—371. 1913.

Jeder größere chirurgische Eingriff unter Anästhesie mit vorhergehendem Fasten schädigt den Allgemeinernährungszustand. Diese Schädigung kommt im Harn zum Ausdruck in dem Reichtum an Zerfallsprodukten, Stickstoff durch Zerfall der Eiweißmoleküle. Säure durch Vermehrung des Ammoniaks, der Säure und des Acetons, die Säurevermehrung als eigentlicher Schädling des Organismus. Verf. stellen nunmehr experimentell fest, daß die Vermehrung dieser Produkte unabhängig ist von dem gewählten Anaestheticum und lediglich abhängt und verursacht wird durch das Fasten. Sie werden vermindert durch größere Gaben von Traubenzucker vor der Operation. Verff. empfehlen daher vor und 3 Tage nach der Operation reichlich Kohlehydrate zu geben zur Bekämpfung des choc diététique post operatoir. *Coste* (Magdeburg).

Walther, H., Synthetisches Hydrastinin-Bayer, ein Ersatz für Extr. Hydrastis canadensis fluidum. Münch. med. Wochenschr. 60, S. 694—696. 1913.

Ijiri, T., Über Thiosinaminvergiftung. Japanische Zeitschr. f. Dermatol. und Urologie 12, fasc. I, 1913. (Japanisch.)

Verf. behandelte eine 33jährige Bäuerin, die wegen einer, nach Hautgumma entstandenen Narbenkontraktur ihn besuchte, mit Thiosinaminlösungen (ganze Menge 3,7 g). Nach der dreimaligen Injektion bekam sie Herzklopfen, Temperatursteigerung; später Ohnmacht durch gewisse Körperbewegungen, Dyspnöe, Übelkeit, Erbrechen usw. 20 Tage nach ihrer Erholung bekam sie bald nach einmaliger Injektion von 1,0 ccm der 10proz. thiosinamin-glycerin-wässerigen Lösung wieder Herzklopfen, Fieber, Kopfwehe usw. Verf. betonte, daß die Individuelle Idiosynkrasie bei der Vergiftung eine große Rolle spielen könnte. *Tokuoka* (Tokio).

Kapp, Josef Franz, Die Technik der kosmetischen Encheiresen. Beihefte z. med. Klin. 9, S. 65—96. 1913.

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Läwen, A., und R. Dittler, Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Wirkung der Bakterientoxine auf die Gefäßwand. (*Physiol. Inst. u. chirurg. Klin., Univ. Leipzig.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 1, S. 3—14. 1913.

Aus den summarisch mitgeteilten Versuchsreihen der Verff. gehen zwei für die Entzündungslehre interessante Resultate hervor: 1. Beim Kalt- und Warmblüter wirken intravasal mittels Durchströmung applizierte Toxinlösungen gefäßverengernd; diese Wirkung kann durch nachträgliche Durchspülung mit Ringerlösung wiederaufgehoben werden. 2. Weder die intra- noch die extravasale Applikation der Toxine vermag die Adrenalinwirkung zu beeinträchtigen. Die Verff. vermuten, daß der Unterschied zwischen der intra- und extravasalen Wirksamkeit (Dilatation bei der Entzündung) Folge verschieden starker Einwirkung auf die Gefäßwand ist, die gesetzmäßig bei schwächerem (extravasalem) Reiz mit den Dilatatoren, bei intensiverem (intravasalem) mit den Constrictoren reagiert. Aus dem Erhaltenbleiben der gefäßverengernden Wirkung des Adrenalins schließen sie, daß die Angriffspunkte des Adrenalins und der Toxine verschieden sein müssen, die Entzündung also nicht die Angriffspunkte des Adrenalins (glatte Muskulatur, sympathische Nervenendigungen) lähmen, sondern nur die Dilatatoren reizen kann. Für die Durchströmungsversuche am Kaltblüter wurde das Läwensche Froschextremitätenpräparat verwandt. Es erwies sich, daß auch beim Warmblüter (Katze, Kaninchen) die Hinterextremitäten zur Prüfung der Wirksamkeit vasoconstrictorischer Substanzen sich eignen; wenn man diesen Tieren in tiefer Narkose den Magendarmtrakt entfernt, dann nach Tötung durch Herzstich in die Aorta abdominalis dicht oberhalb der Teilung in die Iliacae ein- und aus der Cava inferior wieder auslaufen läßt, so findet man bei Verwendung konstant auf 40° erwärmter Durchspülungslösungen mehrstündiges Erhaltenbleiben quantitativ und reversibel konstanter Adrenalinwirkung. *Sievers* (Leipzig).

Valette et Louis Ramond, Un nouveau cas de septicémie à pneumobacilles de Friedländer. (Neuer Fall von Septicämie durch Pneumobacillus Friedländer.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris 29, S. 307—315. 1913.

Nur 27 derartige Erkrankungen sind bisher mitgeteilt; darunter sind diejenigen, wo es sich wie im Falle der Verff. um eine Allgemeininfektion ohne wesentliche Lokalisationen handelt, besonders selten. Der Kranke war 69 Jahre alt und leichter Diabetiker. Beginn mit Schüttelfrost; im Verlauf Herpes; klinisch kein Krankheitsherd nachweisbar. Pneumobacillus Friedländer aus dem Blute gezüchtet. Tod nach 19 Tagen. Keine Obduktion. *Bulius* (Potsdam).[M]

Soula, L.-C., Influence de la toxine tétanique et de la toxine diphtérique sur la protéolyse et l'aminogenèse des centres nerveux. (Einfluß des Tetanus- und Diphtherietoxins auf die Proteolyse und Aminogenese des zentralen

Nervensystems.) (*Inst. de physiol. de la fac. de méd., Toulouse.*) Cpt. rend. hebdom. d. séanc. de la soc. de biol. 74, S. 476—477. 1913.

Kaninchen wurden mit tödlichen Dosen Tetanus- und Diphterietoxin gespritzt und Gehirn und Rückenmark analysiert. Dabei fand sich, daß Tetanusgift die autoproteolytischen Prozesse in der Nervensubstanz vermehrt, Diphterietoxin sie vermindert. *Rost* (Heidelberg).

Merle, E., Guérison d'un cas de tétanos traité par la sérothérapie intra-rachidienne. (Heilung eines Falles von Tetanus mit intraspinaler Serumbehandlung.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris 29, S. 406—408. 1913.

14jähriger Knabe mit schwerem allgemeinem Tetanus (nach 9tägiger Inkubation) erhielt innerhalb 5 Tagen 80 ccm Antitoxin in den Subarachnoidalraum. Besonderes Gewicht wurde auf Tieflagerung des Kopfes gelegt, um einer möglichsten Verteilung des Serums im Liquor Vorschub zu leisten. Außerdem wurden pro Tag 8 g Chloral verabreicht. Ausgang in völlige Heilung. *Kreuter* (Erlangen).

Hibler, Emanuel v., Zur Kenntnis der pathogenen Anaëroben. Ein Kleinhirnabsceß, bedingt durch einen anaëroben Spaltpilz, bei chronischer eiterig-jauchiger Otitis, Sinusthrombose und Carcinomentwickelung im rechten Felsenbein. (*Inst. f. pathol. Anat., Univ. Innsbruck.*) Zentralbl. f. Bakteriol. Orig. 68, S. 257 bis 287. 1913.

Mitteilung eines Falles, in dem zusammen bestand: Carcinombildung innerhalb des Felsenbeines, chronische Mittelohreiterung, Sinusthrombose und Kleinhirnabsceß. Ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichte, des Leichenbefundes, des anatomischen und mikroskopischen Befundes am Felsenbein. Die bakteriologische Untersuchung ergab außer Streptokokken einen kleinen, der Eigenbewegung und Sporenbildung fähigen anaëroben Spaltpilz, dessen morphologisches und kulturelles Verhalten eingehend beschrieben ist, und der nicht die Fähigkeit hatte, durch Hitze gewonnenes Serum zu verflüssigen. Ein Vergleich mit den bisher bekannten Arten zeigte, daß die gleiche Art bisher nicht beschrieben ist. Endlich wurden mit dem Bacillus Tierversuche angestellt und seine Fähigkeit, spezifische Agglutinine und Präcipitine zu bilden, geprüft. *Fromme* (Göttingen).

Petges, G., et Desqueyroux, Tuberculose inflammatoire et psoriasis. (Entzündliche Tuberkulose und Psoriasis.) (*Clin. dermatol., prof. W. Dubreuilh.*) Ann. de dermatol. et de syphiligr. 4, S. 129—139. 1913.

Cotte, G., et H. Alamartine, La tuberculose inflammatoire: ses manifestations chirurgicales. (Chirurgische Erscheinungsformen der entzündlichen Tuberkulose.) Rev. de chirurg. 33, S. 312—336. 1913.

Von den von Poncet und Leriche aufgestellten Krankheitsbildern der entzündlichen Tuberkulose und des tuberkulösen Rheumatismus ausgehend schildern die Verff. kurz die verschiedenen für den Chirurgen in Betracht kommenden Erkrankungen: Arthralgie, akuter tuberkulöser Rheumatismus, chronischer Rheumatismus (atrophisch oder hyperplastisch ankylosierend) Sehnenscheiden- und Schleimbeutelhygrome, entzündlicher Plattfuß, Skoliosen, X-Beine infolge entzündlicher Knochentuberkulose; Palmarfasciencontractur und Keloide bei entzündlich tuberkulöser Erkrankung des fibrösen Gewebes; Dyspepsien, Colitis muco-membranacea, Appendicitis, entzündliche Magen- und Darmtumoren bei Erkrankung des Magendarmkanals; Orchitis Hydrocele, plastische Penisindurationen beim Manne; Kraurosis, Amenorrhöen, Dysmenorrhöen, Infantilismus, Neigung zu Aborten bei der entzündlichen tuberkulösen Erkrankung des weiblichen Genitalsystems. *Strauss* (Nürnberg).

Andersen, Kristen, Einige Untersuchungen über die klinische Anwendbarkeit der lokalen Tuberkulinreaktionen. (*St. Josephs-Hosp., Kristanssand S., Norweg.*) Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. 26, S. 93—121. 1913.

Lange Zeit fortgesetzte Untersuchungen an großem jugendlichem Material ergaben, daß die Konjunktivalreaktion als elektive Methode bei Massenuntersuchungen nicht gelten kann. Denn ein positiv reagierendes „gesundes" Individuum ist nicht prädestiniert in dem am meisten gefährdeten Alter klinisch tuberkulös zu werden, wohingegen negative Reaktion eine spätere Erkrankung nicht ausschließt. Negative Reaktion bei Fieber aus unbekannter Ursache spricht gegen eine tuberkulöse

Ätiologie. Bei ausgebrochener Tuberkulose kommt der Konjunktivalreaktion eine prognostische Bedeutung nicht zu. Die positive Cutisreaktion ist bei Erwachsenen ein gleichgültiges Phänomen, aber auch die negative ist nicht beweisend, da manifeste Tuberkulose nicht vorzugsweise bei positiv Reagierenden auftritt. Letzteres wird dadurch erklärt, daß negativ Reagierende, da sie noch nicht mit Tuberkulose in Berührung kamen, keine Gelegenheit hatten, Immunkörper zu bilden, und dadurch einer Infektion mehr ausgesetzt sind. Durch Sensibilisierung kann eine zuerst negativ reagierendes Individuum bei der Nachimpfung eine positive Cutisreaktion zeigen. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Iselin, Hans, Die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. Samml. klin. Vortr., Chirurg. **187**, S. 709—731. 1913.

Unter der Bezeichnung „chirurgische Tuberkulosen" faßt Verf. die tuberkulöse Erkrankung der äußeren Weichteile, der Knochen, Gelenke und Lymphdrüsen zusammen. Er geht dann auf die Entstehungsmöglichkeiten derselben ein und versucht durch dieselben die Prognose bei der Behandlung chirurgischer Tuberkulosen zu erklären. Die Prognose ist dabei abhängig von dem Umstand, ob die chirurgische Tuberkulose mit einer Tuberkulose der inneren Organe vergesellschaftet ist, ob es gelingt, den Tuberkuloseherd vollständig aus dem Körper zu entfernen. Verf. geht nun ein auf die verschiedenen Wandlungen, die die Behandlung der chirurgischen Tuberkulosen durchgemacht hat. Während vor der antiseptischen Zeit dieselbe eine ausschließlich allgemeine war, wurde sie mit der Einführung der Asepsis eine vorwiegend lokale. Aber bald warnten gerade die großen Männer der Chirurgie, welche selbst die einzelnen operativen Verfahren, insbesondere die Resektionen ausgearbeitet hatten, vor einer kritiklosen Anwendung dieser Verfahren und wiesen auf die Notwendigkeit einer gleichzeitigen Allgemeinbehandlung hin. Vor allem wurde bald ein Unterschied zwischen den kindlichen Tuberkulosen und denen Erwachsener gemacht. Besonders mit den Resektionen bei Kindern wurde man immer mehr zurückhaltender, während die Entfernung einzelner tuberkulöser erreichbarer Herde allgemein gefordert wird. Die nicht operativen Bestrebungen bestanden im wesentlichen in der Einspritzung chemischer Mittel, welche durch Bildung eines bindegewebigen Walles den Herd abkapseln sollten. Die stärkere Heranführung bacillenschädlicher Stoffe an den tuberkulösen Herd wurde durch Hyperämie zu erreichen versucht, eine gesündere und zweckmäßigere Blutzusammensetzung durch Darreichung von Jodkali und Tuberkulin erzielt. Alle diese Verfahren der konservativen Behandlung haben sich aber als unsicher erwiesen, weswegen die operative Behandlung bisher noch im Vordergrund stand. Erst jetzt mit der Einführung der Sonnenstrahlen und der Röntgenstrahlen scheint sich eine Umwandlung zugunsten der konservativen Behandlung zu vollziehen.

Iselin hat seit 1908 mehr als 800 chirurgische Tuberkulosen mit Röntgenlicht behandelt, er hat Amputationskandidaten heilen sehen und bei solchen Patienten, die an mehreren tuberkulösen Herden litten, nur die bestrahlten Herde zur Heilung gebracht, während die nicht bestrahlten unverändert blieben. Neben der örtlichen Wirkung an der Stelle der Bestrahlung treten bei lokaler Applikation auch Allgemeinerscheinungen auf, die sich speziell in Gewichtszunahme und in Herdreaktion entfernter Herde äußern. Verf. schließt hieraus auf eine Entgiftung des tuberkulösen Herdes und auf eine Tuberkulinisierung des Körpers durch die Röntgenstrahlen. Dem Verfahren sind Grenzen gesetzt durch die ungenügende Tiefenwirkung der Strahlen, durch die Dichtigkeit der Knochen, durch die Empfindlichkeit der Haut gegen die Strahlen. Zwar ist die Technik heute soweit ausgebildet, daß die Röntgenverbrennungen vermieden werden können, aber in letzter Zeit werden bei Patienten, die vor Jahren bestrahlt wurden, Geschwüre beobachtet, die somit als Spätschädigungen angesehen werden müssen, deren Vermeidung man bis heute noch nicht gelernt hat. Auch gebietet die Möglichkeit einer Schädigung der Epiphysenlinie Vorsicht bei der Anwendung der Röntgenstrahlen im Kindesalter. Der gewaltigste Einfluß auf die chirurgischen Tuberkulosen kommt der Höhensonne zu. Diese wirkt auf oberflächliche Herde direkt, auf tiefliegende nur durch die Allgemeinwirkung. Die Ergebnisse der Sonnenbehandlung sind glänzende, jedoch sind die Erfahrungen bisher vorwiegend an Kindern gemacht. Auch kann man die Sonnenbehandlung aus sozialen Gründen nur einem geringen Prozentsatz von Patienten zugute kommen lassen, weswegen sich der Chirurg meist noch mit dem anderen Verfahren behelfen muß. *Hagemann* (Marburg a. d. Lahn).

Weber, F. Parkes, Chronic Raynauds symptoms, probably on a syphilitic basis, associated with livedo reticulata. Remarks on livedo reticulata (livedo annularis, livedo figurata, or cutis marmorata). (Erscheinungen von chronischem Morb. Raynaud wahrscheinlich auf syphilitischer Basis verbunden mit Livedo reticulata. Bemerkungen über Livedo reticulata [L. annularis, figurata oder cutis marmorata].) Brit journal of dermatol. **25,** S. 81—90. 1913.

Kellock, Thomas H., Some clinical features of actinomycosis. (Einige klinische Zeichen der Aktinomykose.) Proceed. of the r. soc. of med., London **6,** Surg. sect. S. 127—131. 1913.

Der Aktinomycespilz scheint ubiquitär zu sein. Im Organismus verbreitet er sich selten auf dem Lmphwege, im übrigen wachsen die Granulome infiltrativ mit einer gewissen Ähnlichkeit mit bösartigen Geschwülsten. Kurze Schilderung der Eigentümlichkeiten bei Sitz der Infektion im Ober- und Unterkiefer, an der Wange, der Zunge, dem Nacken, in den Speicheldrüsen, in der Lunge, dem Wurmfortsatz und der Niere. Allen Lokalisierungen gemeinsam ist die Möglichkeit, auch unter dem Bild der septischen Infektion auftreten zu können; sonst ist der Verlauf in der Regel relativ schmerzlos; charakteristisch ist ferner die Furchenbildung in der Haut, die geringe Eiterbildung, die rasche Rückbildung nach Auskratzung und großen Gaben von Jodkali, schließlich das kosmetisch befriedigende Heilresultat. *Kreuter.*

Lovell, A. G. Haynes, Actinomycosis, with special reference to involvement of bone, and an account of a case primarily involving the inferior maxilla. (Aktinomykose, mit spezieller Berücksichtigung der Knochen, und Bericht über eine primäre Erkrankung des Unterkiefers.) Proceed. of the r. soc. of med., London **6,** Surg. sect. S. 121—127. 1913.

Ein junger Mann klagte längere Zeit über unbestimmte Beschwerden im Unterkiefer, die trotz Zahnextraktionen persistierten. Schließlich gelang röntgenographisch der Nachweis eines Knochenherdes an der Wurzel eines Prämolaren. Der Herd wurde freigelegt und aus dem Eiter Aktinomyces gezüchtet. Durch Behandlung mit großen Dosen Jodkali und Vaccinetherapie trat Heilung ein. Kurze Bemerkungen über die anatomischen Eigentümlichkeiten der primären Knochenaktinomykose beim Menschen und beim Tier. *Kreuter* (Erlangen).

Padgett, F. J., Actinomycosis following extraction. (Aktinomykosis als Folge von Zahnextraktion.) Brit. dent. journal **34,** S. 161—162. 1913.

3 Wochen nach Extraktion der unteren linken Backenzähne wegen Caries sah Padgett Aktinomykosis des Unterkiefers auftreten und nimmt als Eingangspforte der Infektion die durch die Extraktion erfolgte Eröffnung der Alveolen an. *Holzwarth* (Budapest).

Negri, Ernestine de, und C. W. G. Mieremet, Zur Ätiologie des malignen Granuloms. (*Pathol. Inst., Reichs-Univ., Utrecht.*) Zentralbl. f. Bakteriol. Orig. **68,** S. 292—309. 1913.

Bei den pathologischen und bakteriologischen Untersuchungen mehrerer Fälle von malignem Granulom finden Verf. die gleichen Bakterien, die schon Fraenkel und Much 1910 angetroffen haben. Es handelt sich um eine Stäbchenform aus der Klasse der Corynebakterien (spitzausgezogene oder keulige Enden, Neigung zu echter Verzweigung, gute Färbbarkeit mit gewöhnlichen Bakterienfärbemitteln, Fehlen der Säurefestigkeit nach Ziehl). Es gelang auch das Corynebakterium zu isolieren und zu züchten. Ob es aber die Ätiologie bildet für das maligne Granulom, diese Frage bleibt einstweilen noch offen. *Stadler* (Leipzig).

de Vega, R., La esporotricosis. (Die Sporotrichosis.) Gaceta médica del Sur de España **31,** S. 73—77 u. 99—105. 1913. (Spanisch.)

Mitteilung eines Falles von Sporotrichosis bei dem multiple größere Hautulcerationen am Rumpf und an der oberen Extremität bestanden, und die mittels Jodkali in wenigen Wochen zur Heilung kamen. Lues konnte mit Sicherheit ausgeschlossen werden. *Lazarraga* (Marburg).

Geschwülste:

Lindig, Paul, Über Serumfermentwirkungen bei Schwangeren und Tumorkranken. Zur Abderhaldenschen Kritik meiner obigen Arbeit. Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 702—703. 1913.

Rosoff, W., Über Epithelcysten der Finger und der Vola manus. (*Chirurg. Univ, Klin. des Prof. Tischoff, Tomsk.*) Chirurgitscheski Archiv Weljaminowa **29,** S. 121—125. 1913. (Russisch.)

In Rußland scheinen Epithelcysten verhältnismäßig sehr selten zu sein. Im ganzen

sind nicht mehr als 25 Fälle beschrieben worden (Tichoff, Spassokukotzky, Mintz, Mentschinsky und Nikolski). Letzterer Autor fand unter 19 000 Patienten einer Poliklinik bloß 3 Fälle von Epithelcysten. (Chirurgija 1909; Nr. 149). Im Falle des Verf. bildete sich bei einem 17jährigen jungen Manne nach Schnittverletzung eine kleine Geschwulst in der Vola manus. Der exstirpierte Tumor zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung einen deutlichen Übergang der Epidermis in die Cystenwand. Der Verf. kommt auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen zum Schluß, daß die Epithelcysten der Vola manus und der Finger aus der Epidermisschicht der Haut unter dem Einfluß eines Traumas entstehen. *Hesse* (St. Petersburg).

Fibiger, Johannes, Über eine durch Nematoden (Spiroptera sp. n.) hervorgerufene papillomatöse und carcinomatöse Geschwulstbildung im Magen der Ratte. (*Pathol.-anat. Inst., Univ. Kopenhagen.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 289—298. **1913.**

Verf. hat bei 3 sezierten Ratten fibro-epitheliale Geschwülste im Magenfundus gefunden. Sie zeigten keinerlei maligne Eigenschaften. Als Ursache der Geschwulstbildung glaubte er die Anwesenheit von Nematoden betrachten zu dürfen, die in den betreffenden Magenpartien gefunden wurden. Im weiteren Verlaufe sehr komplizierter Versuchsreihen, die im Originale nachgelesen werden müssen, gelang es dem Verf. dieselben Nematoden (Spiroptera) zu finden. Sie lebt im Plattenepithel des Rattenmagens und in der Speiseröhre und scheidet in geschlechtsreifem Zustande embryohaltige Eier aus, die mit den Exkrementen entleert werden. Diese werden von Schaben (Periplaneta americana und orientalis) gefressen und die frei gewordenen Embryonen wandern in die Muskulatur des Prothorax und der Extremitäten der Schaben. Die Schaben dienen den Ratten zur Nahrung und aus den Larven entwickeln sich nach etwa zwei Monaten geschlechtsreife Weibchen. Die Geschwülste saßen nur im Fundusteile des Magens und waren größer oder kleiner in ihrer Ausdehnung, je nach der Ausbreitung der Nematoden. Ihre Größe wechselt zwischen einer leichten Verdickung der Schleimhaut und starken Papillombildungen mit akuter und chronischer Entzündung und Epithelheterotopien. Nur in 4 Fällen bestanden Veränderungen, die als carcinomatös bezeichnet werden mußten, da sie die Muscularis, mucosae und Submucosa durchsetzten. Bei 2 von diesen Fällen wurden auch echte Metastasen in Lungen oder Lymphknoten nachgewiesen. Verf. vertritt die Ansicht, daß die Giftproduktion der Spiroptera die Geschwulstbildung im Magen verursache.

Kleinschmidt (Leipzig).

Les nouveaux traitements du cancer. (Die neuen Behandlungsmethoden des Krebses.,) **Belgique méd. 20, S.** 20—21. 1913.

Kurze Darstellung der Seleniummethode von Laurent und Boheo (Province médicale, 28. Sept. 1912) und der Arsenik-Silikatmethode von Zeller (Münch. med. Wochenschr. 2. Aug. 1912). Betonung des Umstandes, daß mit der ersten Methode keine Heilung im eigentlichen Sinne des Wortes erzielt wurde und Aufzählung der v. Winiwarter der Zellerschen Methode gezogenen Grenzen. Kein neues Beobachtungsmaterial. *Leuenberger* (Basel).

Touche, Du sélénium colloïdal dans le traitement du cancer. (Über Selenium colloidale in der Behandlung des Krebses.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris **29,** S. 451—460. 1913.

Eingehender Bericht über 27 mit dem genannten Mittel behandelte Fälle verschiedener Lokalisation. Es wurde in einer Menge von je 5 ccm in Abständen von einer Woche dreimal intramuskulär in die Glutäalgegend injiziert. Nebenwirkungen waren sehr gering. Die Wirkung war bei verschiedenem Sitz der Geschwulst nicht gleich. Am wirksamsten erwies sich die Anwendung beim Krebs des Mastdarms und der Gebärmutter. Hier zerstörte es die Wucherungen, beseitigte die Blutung, den fötiden Ausfluß und die Schmerzen. Gutes Palliativmittel in der Behandlung des Krebses. *Ellermann* (Danzig).

Mayo, William J., Grafting and traumatic dissemination of carcinoma in the course of operations for malignant disease. (Verpflanzung und traumatische Aussaat von Krebs bei Operationen wegen maligner Tumoren.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 512—513. 1913.

Nach Mitteilung einiger Beobachtungen von carcinomatöser Infektion der Operationswunde wiederholt Verf. die bekannten Ratschläge: Keine Probeexcision ohne Vorbereitung zur nachfolgenden Radikaloperation, Anwendung des Thermokauters statt des Messers in verdächtigem Gewebe, Schnittführung mehr als 3 cm im Gesunden. *Hartert* (Tübingen).

Chlumsky, V., Über die nichtoperative Behandlung von bösartigen Tumoren. Klin.-therap. Wochenschr. **20,** S. 295—298. 1913.

Verf. berichtet über eigene Erfahrungen. Bei oberflächlichen Tumoren mit Arsen- und Röntgenstrahlenbehandlung einige günstige Erfolge. Keine neuen Gesichtspunkte.

Hochheimer (Berlin-Schöneberg).

Verletzungen:

Turner, Heinrich, Altes und Neues über Frakturenbehandlung. (*Orthop. Klin. d. Militär Med. Akad., St. Petersburg.*) Chirurgitscheski Archiv Weljaminowa **29**, S. 1—9. 1913. (Russisch.)

Turner, Prof. und Direktor der Orthopäischen Klinik in St. Petersburg, gibt in der vorliegenden Arbeit ein Übersichtsreferat der modernen Frakturenbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der Steinmannschen Nagelextension und der Zuppingerschen Methode, denen er eine große Bedeutung zuspricht. *Hesse* (St. Petersburg).

Bernhard, Oscar, Verletzungen beim Wintersport. Erfahrungen im Oberengadin in den Wintern 1886—1913. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **83,** S. 431 bis 450. 1913.

Unfälle beim Schlittschuhlaufen führen meist zur typischen Radiusfraktur, Mittelhandbrüchen, Verletzungen an Stirn und Hinterkopf, seltener zu Knöchelbrüchen. In gleichem Verhältnis stehen die Verletzungen beim Bandy und Hockey; beim Curling (Eisschießen) sind sie außerordentlich selten. Beim Schlitteln im Sitzen entstehen gelegentlich Unterschenkelfrakturen oder Verstauchungen von Knie und Fußgelenk. Der gefährlichere Sport des Schlittelns im Liegen (Skeleton) führt in erster Linie zu Schürfungen des Gesichts und der Hände, Kontusionen am Kopf, mitunter zum Herausschlagen von Zähnen; Verletzungen an den Extremitäten sind selten, gelegentlich kommen aber schwere innere Verletzungen vor. Beim Fahren im Gesellschaftsschlitten (Bobsleigh) sind einzelne schwere Extremitätenverletzungen beobachtet worden. Beim einfachen Skifahren ist die häufigste Verletzung eine Zerrung bzw. Riß des inneren Seitenbandes am Kniegelenk, gelegentlich mit einer Meniskusverletzung kompliziert. Danach folgen die Schulterluxationen und die Spiralbrüche der Mittelhandknochen. Vereinzelt kamen schwere direkte Brüche vom Ober- und Unterschenkel vor, ziemlich oft Spiralbrüche der Tibia und Knöchelbrüche. Unfälle beim Skikjöring sind selten (Hufschlag, Geschleiftwerden), bei den Skisprüngen fast ganz fehlend. *Bergemann* (Berlin).

Mantegazza, Carlo, Alcuni casi interessanti di traumatologia. (Einige interessante Fälle traumatischen Ursprunges.) (*Osp. San Matteo, Pavia.*) Clin. chirurg. **21,** S. 387—412. 1913.

Mantegazza hatte als Assistent des Hospitals San Matteo in Pavia Gelegenheit, während 3 Jahre 848 Erkrankungen traumatischen Ursprunges zu beobachten. M. gibt die ausführliche Krankengeschichte nebst literarischen Reflexionen einer traumatischen Neurose, einer Paraphasie infolge Lungenschuß, einer hemicerebellaren Lähmung, einer Luxation des Humerus mit Lähmung, eines Humerusbruches mit Radialislähmung, einer Lungenhernie ohne Bruch des Brustkorbes, eines Schädelbasisbruches, einer Blasenruptur, einer Verletzung der Nierengegend und Hämaturie; zwei Fälle von Zerreißung der Hüllen einer Inguinalhernie mit Hervorquellen der Eingeweide; in einem Falle Heilung. *v. Lobmayer* (Budapest).

Danielsen, Wilhelm, Sind Wundinfektion und langdauernde Abschnürung Gegenindikationen gegen die Gefäßnaht bei Verletzungen? (*Chirurg. Klin., Beuthen, O.-S.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 381—383. 1913.

Auf Grund eines Falles, in dem es gelang, trotz Infektion und vorhergegangener fünfstündiger Esmarchscher Konstriktion durch zirkuläre Naht der Arteria axillaris (dicht nach dem Abgang der Art. subscapularis) den Arm zu erhalten, verneint der Autor die oben gestellte Frage. *Sievers* (Leipzig).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Hecht, Adolf F., und Edmund Nobel, Elektrokardiographische Studien über Narkose. (*K. k. Univ.-Kinderklin., Wien.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. **1,** S. 23 bis 58. 1913.

Verf. haben für ihre elektrokardiographischen Studien 1 Javaaffen, 15 Hunde und 15 Kaninchen benutzt. Geprüft wurde vor allem das Verhalten beim Chloroform, während Äther nur bei zwei Hunden, Äther und Chloroform nacheinander nur bei einem Hunde zur Anwendung kam. Das Chloroform erzeugte im Tierversuch Kontrak-

tionsschwäche des Herzens, Blutdrucksenkung und Pulsverlangsamung. Bei starker Giftwirkung kam es zu Reizleitungsstörungen in Form von partieller Überleitungsstörung und kompletter Dissoziation. Diese Reizleitungsstörungen lassen sich beheben und vermeiden durch Vagotomie und durch Atropinverabreichung. Besonderer Nachdruck wurde auf das Studium der Atropinwirkung gelegt. Sie erwies sich der Wirkung der Vagotomie noch überlegen. Die Verfasser führen diese günstige Atropinwirkung zurück auf eine direkte herzmuskelerregende Wirkung neben der lähmenden Wirkung auf den Vagus. Von Wichtigkeit für eine erfolgreiche Atropinanwendung ist jedoch die richtige Dosierung. Es wird empfohlen, bei Herzstillstand in der Narkose neben künstlicher Atmung und Herzmassage bei Kindern 1 mg und bei Erwachsenen 2 mg Atropin intravenös zu verabreichen. Bei den genannten Narkosezufällen wird das Atropin für ein viel unbedenklicheres Mittel gehalten als das Adrenalin. Obwohl es theoretisch naheliegend erscheint, den in der Chloroformnarkose darniederliegenden Blutdruck durch Adrenalin zu erhöhen, warnen doch experimentelle Beobachtungen vor seiner Anwendung, da sich gezeigt hat, daß selbst bei nur leichter Chloroformnarkose die Adrenalinzufuhr tödliches Kammerflimmern hervorrufen kann. *M. v. Brunn* (Tübingen).

Gorse, P., La rachianesthésie. (Die Rückenmarksanästhesie.) **Gaz.** des hôp. **86,** S. 485—492. 1913.

Gorse bespricht nach kurzem historischen Überblick den heutigen Stand der Lehre von der Rückenmarksanästhesie: sicher ist heute, daß es sich um eine spezifische Wirkung des Cocains handelt, nicht um zirkulatorische Einflüsse. Die Jonnescusche Methode der hohen Rückenmarksanästhesie wird verworfen, besonders mit Rücksicht auf eine neuere Arbeit von Angelescu und Atamasescu, die bei 302 Anwendungen 3 Todesfälle erlebten. Bei Besprechung der verschiedenen angewandten Injektionsmittel wird ausgeführt, daß beim Cocain Erbrechen, Kopfschmerz sehr häufig sind, auch schwerere Unfälle nicht selten sind. Das Stovain ist wegen seiner deletären Wirkung auf die Zellen des Zentralnervensystems heute vollkommen verlassen. Ebenso ist bei Anwendung von Tropacocain eine Anzahl von Todesfällen vorgekommen; auch die Anwendung in schleimiger Lösung hat die Resultate nicht verbessert. G. wendet ausschließlich noch Novocain an, über das heute schon größere Statistiken vorliegen (650 Fälle ohne wesentliche nachteilige Folgen). Die Rückenmarksanästhesie soll ausschließlich bei Erwachsenen angewandt werden; bei sehr geschwächten Kranken ist sie der Allgemeinnarkose vorzuziehen, jedoch gefährlicher als die Lokalanästhesie. Kontraindikationen sind Nervenkrankheiten sowie sehr erregbare Kranke. Besonders ist die Rückenmarksanästhesie für Bauchoperationen empfehlenswert.
Schlesinger (Berlin).

Lynch, Jerome M., A preliminary report of operations under extradural anesthesia. (Ein vorläufiger Bericht über Operationen unter Extraduralanäthesie.) Med. record **83,** S. 235—237. 1913.

Verf. hat in den Sakralkanal 8 ccm einer 0,2 proz. Cocainlösung injiziert und will damit eine Anästhesie erzielt haben, die zu Operationen am Rectum (Amputatio recti) ausreichte, wenn das Peritoneum nicht eröffnet zu werden brauchte. Auch zur schmerzlosen Bougierung einer Harnröhrenstriktur bewährte sich das Verfahren. *Läwen* (Leipzig).

Bökelmann, Erfahrungen über die Wirkung der Spinalnarkose bei tabischen Visceralkrisen. (Verhandl. psychiatr. Vereine, Sitzung v. 10. XI. 1912, Straßburg.) Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. **70,** S. 167—168. 1913.

Bei einem erfolglos geförsterten Tabiker mit heftigsten Visceralkrisen konnte mehrfach wiederholte subdurale Injektion von 2 g einer 10 proz. Novocain-Suprareninlösung, bei einem zweiten, gleichfalls durch heftigste Magen-Darmkrisen gequälten Tabiker die epidurale Injektion von 5 ccm physiologischer Kochsalzlösung plus 1 ccm 10 proz. Novocain-Suprareninlösung jeweilen sofort die Krisen coupieren. *Henschen* (Zürich).

Fowelin, H., Die Anästhesierung der rechten Darmbeingrube bei der Operation der chronischen Appendicitis. (*II. Stadtkrankenh., Riga.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 342—344. 1913.

Fowelin operierte chronische Appendicitisfälle in Lokalanästhesie mit folgendem Verfahren. Nach Anästhesierung der Bauchdecken wird mit der Nadel medial von der Spina superior anterior in die Tiefe der Beckenschaufel und lateral vom Peritoneum die Flüssigkeit injiziert, so daß sie dasselbe umspült. Bei 54 Fällen chronischer Appendicitis wurde das Verfahren ausprobiert, in 5 Fällen mußte, da die Lokalanäthesie nicht ausreichte, Chloroform gegeben werden. Die Abbindung des Mesenteriolums blieb immer schmerzhaft. *Hirschel* (Heidelberg).

Desinfektion:

Herz, Paul, Über feuchte Verbände und feuchte Umschläge bei akuten Erkrankungen. (*Auguste Vikt.-Krankenh., Berlin-Lichtenberg.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 658—659. 1913.

Instrumente, Apparate, Verbände:

Cates, Benjamin Brabson, A periosteotome for cleft palate operations. (Ein Periosteotom für Gaumenspaltenoperationen.) Therap. gaz. **37,** S. 79—80. 1913.

Der Hauptwert bei der Gaumenspaltenoperation ist auf eine genügende Mobilisation der Lappen zu legen. Zur Erleichterung dieses Aktes der Operation hat Verf. ein nach rechts, bzw. links gebogenes Instrument angegeben. Außerdem empfiehlt er für derartige Operationen die rectale Äthernarkose. *Stettiner* (Berlin).

Payr, E., Zur Technik der Hirnpunktion (Rinnenspatel als Nadelführer). (*Chirurg. Klin., Leipzig.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 386—388. 1913.

Um bei diagnostischer Schädelbohrung das Bohrloch, besonders bei starker Kopfschwarte und bei Punktion des Kleinhirnes, sofort einstellen zu können, hat Payr einen an kurzem Handgriff befestigten Rinnenspatel anfertigen lassen, welcher dem im Knochenkanal liegenden Bohrer entlang eingedrückt wird. Die Punktionsnadel gleitet nach Entfernung des Bohrers in der Rinne des fest niedergedrückten Spatels leicht in das Schädelinnere. Lieferant: Schaerer, Bern. *Henschen* (Zürich).

Wilms, Eine Rippenquetsche zur leichteren Resektion von Rippen. Zentralbl. f. Chirurg. **11,** S. 388—389. 1913.

Das Instrument, dessen Abb. im Original einzusehen ist, hat Wilms vor allem bei der Durchtrennung der Rippen im paravertebralen Gebiete gute Dienste geleistet; es wird damit die Rippe mehr gequetscht als geschnitten und das Stehenbleiben von Zacken vermieden. Das Instrument ist in zwei Modifikationen zu verwenden, entweder mit senkrecht auf die Achse der Zange stehenden oder mit in der Achse liegenden Branchen. *Bode* (Göttingen).

Le Filliatre, G., Pansement transparent. (Durchsichtiger Verband.) Journal de méd. de Paris **33,** S. 206. 1913.

Filliatre empfiehlt einen durchsichtigen Verbandstoff „Cellophan", ohne weiter anzugeben, woraus er besteht. Er ist im Dampf sterilisierbar, sehr widerstandsfähig und weich und wird am Rande mit Zinkpflaster an die Haut fixiert. Direkt auf die genähte Wunde gelegt, gestattet er eine genaue Kontrolle derselben, ohne den Verband wechseln zu müssen. *Herzfeld* (Berlin).

Radiologie:

Révész, Vidor, Röntgenbilder normaler peripherischer Blutgefäße. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. **20,** S. 39—42. 1913.

Révész weist darauf hin, daß Béla Alexander schon auf dem Röntgenkongreß 1902 in Berlin eine Platte demonstriert hat, die ein klares Bild von normalen Blutadern der Hand und der Finger zeigte. Mit weicheren Röhren gelingt manchmal die Wiedergabe einer normalen Blutader in Y- oder V-Form zwischen den Mittelhandknochen 1 und 2. Um ein Bild normaler Blutgefäße zu bekommen, wählt man einen Körperteil mit wenig Knochen und mit verhältnismäßig vielen, aber nicht zu starken Weichteilen, ferner eine recht weiche, am besten noch ganz neue, unbenutzte Röhre.

Die Exposition erfolgt mit kleiner Belastung längere Zeit. Die Arbeit bringt eine Zeichnung, die nach der Platte vom Ellbogen einer gesunden 27 jährigen Frau getreu entworfen ist und ein reiches Geflecht von Blutgefäßen zeigt, von denen es R. offen läßt, ob es sich um Arterien oder Venen handelt. Der Zweck der Arbeit ist „die endgültige literarische Festlegung, daß normale peripherische Blutgefäße am Lebenden tatsächlich röntgenologisch abgebildet werden können".
Thiemann (Jena).

Aimes, A., L'héliothérapie dans les affections non tuberculeuses. (Heliotherapie bei nichttuberkulösen Affektionen.) Presse méd. **21**, S. 223—224. 1913.

Die günstige Wirkung der Sonnenbestrahlung auf tuberkulöse Affektionen ist allgemein anerkannt. Verf. berichtet über seine Resultate bei verschiedenen anderen Krankheiten und empfiehlt die Freiluftlichtbehandlung u. a. bei Rekonvaleszenten, anämischen, rachitischen, rheumatischen, hereditär belasteten Kranken. Lokale Anwendung fand die Heliotherapie bei schlecht heilenden Wunden, Ulcus cruris varricosum, Verbrennungen, Phlebitiden, langsam konsolidierenden Frakturen und gewissen gynäkologischen Affektionen. Angeblich erzielte Heilung von oberflächlichen Hautcarcinomen (Lippencarcinomen usw.) (Le Cat, Widmer) führt Verf. an, ohne eigene Beobachtungen darüber zu haben. *Naegeli* (Zürich).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Marie, Hypérostose cranienne du type de la maladie de Paget. (Knochenwucherungen am Schädel nach Art der Pagetschen Krankheit.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris **29**, S. 450—451. 1913.

Bericht über Demonstration dreier einschlägiger Präparate von dementen Syphilitikern stammend. *Ellermann* (Danzig).

Vogel, Robert, Oberkieferbrüche, ein kasuistischer Beitrag. (*K. k. Krankenanst. Rudolfstiftung, Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. **26**, S. 459—462. 1913.

Den in der neueren Literatur beschriebenen 7 Fällen von doppelseitiger Oberkieferfraktur mit Lösung aus ihren sämtlichen Verbindungen mit dem Schädelgrunde fügt Verf. 3 weitere hinzu, von denen 2 Fälle nach wenigen Wochen glatt heilten, ein Patient, der von einem Heuwagen auf das Pflaster mit der linken Gesichts- und Körperseite gestürzt war, infolge aufsteigender Eiterung in den Sinus cavernosus am 5. Tage unter meningitischen Erscheinungen zum Exitus kam. *Creite* (Göttingen).

Hirnhäute, Gehirn:

Hauptmann, Untersuchungen über das Wesen des Hirndrucks. (Verhandl. psychiatr. Vereine, Sitzung v. 10. XI. 1912, Straßburg.) Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. **70**, S. 164—165. 1913.

Gemeinsam mit Trendelenburg angestellte Versuche an Hunden (Beobachtung der Hirngefäße durch ein in eine Trepanationsöffnung eingebrachtes Glasfenster bei Applikation von lokalem und allgemeinem Hirndruck, ersterer durch Flüssigkeitseinfüllung intrakraniell eingelegter Gummisäckchen, letzterer durch Hineinpressen von Kochsalzlösung in den Subarachnoidealraum erzeugt) ergaben eine venöse Anfangsstauung, dann arterielle Anämie unter Wellenschwankungen des Blutdruckes. Spontane und künstliche Blutdrucksteigerung, letztere mittels Adrenalininjektion, ließen nur in einem Teil der Fälle die Drucksymptome zurückgehen. Schon bei mittleren Druckgraden blieben die Drucksymptome trotz guter Hirndurchblutung weiter bestehen. Die Symptome des Hirndrucks können darum nicht durch Zirkulationsstörungen verursacht sein, sondern sind bedingt durch eine unmittelbare lokale Zellschädigung seitens des Druckfaktors selbst, weshalb bei starken Druckgraden sogar nach Aufhebung des Hirndruckes und guter Wiederdurchblutung die Zellen sich nicht mehr erholen. *Henschen* (Zürich).

P. **Kelly, R. E., and Ernest Glynn, A second unusual case of pneumococcal meningitis following trauma.** (Ein zweiter ungewöhnlicher Fall von Pneu-

mokokkus-Meningitis infolge von Trauma). Liverpool med.-chirurg. journal **33**, S. 162—166. 1913.

Infolge Sturz von einer Leiter entstand 2 Monate nach dem Trauma eine Pneumokokkus-Meningitis mit tötlichem Ausgang. Es bestand 2 Monate hindurch starker Cerebrospinalflüssigkeitsausfluß aus der Nase. Dies ist der zweite Fall der Autoren. Bei der Sektion fand man Schädelbasisbruch des vorderen Orbitalteiles. *v. Lobmayer* (Budapest).

Hypophyse:

Kidd, Leonard J., The pineal body, a review. (Die Zirbeldrüse; ein Übersichtsreferat.) Rev. of neurol. a. psychiatr. **11**, S. 1—24 u. 55—75. 1913.

Die Arbeit gibt ein anschauliches Bild von dem heutigen Stande unserer Kenntnisse über die Zirbeldrüse. In Form eines ausführlichen Sammelreferates werden an der Hand eingehender Literaturangaben nacheinander die älteren Anschauungen über die Zirbeldrüse, die vergleichende Anatomie und Entwicklungsgeschichte, die vergleichende Histologie, die klinische Pathologie und die experimentelle Forschung der Drüse besprochen, und mehrfach die Wege angedeutet, auf denen die weitere Erforschung dieses noch recht dunklen Gebietes Erfolg verspricht. Das Organ ist kein Rudiment, sondern hat mehrere Funktionen, von denen eine sichergestellt ist: ein hemmender Einfluß bei jungen Vögeln und Säugetieren auf die Entwicklung der männlichen Keimdrüsen und — wahrscheinlich durch diese — auf das Körperwachstum und die sekundären Geschlechtsmerkmale. Von 65 bekannt gewordenen Fällen von Epiphysentumoren weisen nur 10% außer lokalen Hirnsymptomen noch spezifische Drüsensymptome auf. 88 Autorennamen im Literaturverzeichnis. *Tölken* (Zwickau).

Graham, C. I., Case of cyst of the pituitary fossa; operation by the nasal route. (Cyste in der Hypophysengrube.) Proceed. of the r. soc. of med. London **6**, Laryngol. sect. S. 61—65. 1913.

37jährige Frau, die seit 18 Monaten an Stirnkopfschmerzen, Schlafsucht, Inkontinenz leidet und fast erblindet ist. Auf dem rechten Auge bestand Amaurose, Opticusatrophie, auf dem linken war das nasale Gesichtsfeld erhalten, die Pupille erweitert; keinerlei Reaktion. Der Urin war frei von Zucker. Das Röntgenbild zeigte eine Abflachung und Erweiterung der Hypophysengrube. Da Zunahme der Schlafsucht bis zum Coma und Verschlechterung des Sehens eintrat, Operation. Nach derselben bestand keine Inkontinenz mehr und die Patientin war mit Ausnahme des Sehvermögens wieder normal. 20 Tage nach der Operation Entlassung. Die Operation wurde nach subcutaner Morphium-Atropingabe in intravenöser Äthernarkose vorgenommen. Schnitt von der Nasenspitze zur Oberlippe genau in der Mittellinie bis in das Filtrum hinein. Abdrängen der Haut des Naseneingangs von beiden Seiten des Septums, Abhebeln der Schleimhaut und Entfernung eines Stückes des Septums. Die Schleimhaut des Vomer wird mit einer Art Zahnstopfer unter Kontrolle des linken Zeigefingers abgedrängt, der Vomer aus seiner Verbindung mit dem Sphenoid herausgedreht; die Schleimhaut von der Vorderfläche des Sphenoids abgehebelt, so daß die Ostien der Sinus klar zu sehen sind. Die Eröffnung der Grube wurde mit einem langen Meißel gemacht. Nach Entfernung des Knochens entleerte sich blutiggefärbte Flüssigkeit. Die Dura lag der Knochenöffnung unmittelbar an. Incision derselben. Wegen Blutungsgefahr bei weiterem Nachsuchen wurde die Operation hiermit beendet. Die Nachbehandlung bestand in vorsichtigen Irrigationen und Urotropingaben. *Bernard* (Berlin).

Bernstein, Siegmund, Gaswechseluntersuchungen bei einem Falle von Hypophysengangtumor. (*I. med. Klin., Wien.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. **1**, S. 104 bis 110. 1913.

Bei einer 28jährigen Patientin mit Dystrophia-adiposogenitalis, schweren Sehstörungen, röntgenologisch geringer Erweiterung der Sella turcica, geringer Polyurie ergaben mehrfache Gaswechseluntersuchungen eine bedeutende Herabsetzung des Grundumsatzes, ca. 27% für CO_2-Ausscheidung, ca. 23% für O_2-Verbrauch. Die Autopsie ergab einen apfelgroßen cystischen Hypophysengangtumor mit Verwölbung in den dritten Ventrikel, bei makroskopisch wie histologisch vollkommen normaler Hypophyse. Mit Aschner sieht Verf. die Ursache der Erkrankung und auch der Gaswechselveränderung in einer Schädigung der Zwischenhirnsubstanz.

Tölken (Zwickau).

Auge:

Leonoff, A., Zwei seltene Fälle von Augenverletzungen — subkonjunktivale Linsenluxation und symmetrische Iridodialysis beider Augen. Sibirische Ärztezeitung 7, S. 72—77. 1913. (Russisch.)

Verf. schildert an der Hand in- und ausländischer Literaturangaben den komplizierten Mechanismus der außerordentlich seltenen subkonjunktivalen Linsenluxation. In seinem Fall konnte er 3 Monate nach einer Verletzung durch einen stumpfen Gegenstand, der die untere Hemisphäre des Auges getroffen hatte, die Linse als harte, erbsengroße Vorwölbung am oberen Rande der Cornea unter der kaum veränderten Konjunktiva entdecken und sie mit Leichtigkeit durch einen horizontalen Schnitt samt der Kapsel entfernen. Verf. vertritt den Standpunkt, daß man in analogen Fällen so lange mit der Extraktion warten sollte, bis der Riß in der Sklera sicher verheilt ist. Im zweiten angeführten Fall hatte ein herabfallender Gegenstand eine beiderseitige Irido dialysis hervorgerufen, wobei sich in beiden Augen der mediale Irisrand als abgelöst erwies. *Koenig* (St. Petersburg).

Lasagna, Francesco, Abcès rétro-oculaire d'origine du sinus maxillaire. (Absceß der Augenhöhle, ausgehend vom Sinus maxillaris.) Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **35,** S. 156—157. 1913.

Verf. bespricht die Ätiologie, Diagnose und Therapie eines Abscesses hinter dem Bulbus oculi, den er nach Extraktion des ersten oberen Molarzahnes bei einem 11 jährigen Knaben beobachtete. Es fand sich eine starke Schwellung der Augenlieder, des Bulbus und der ganzen linken Gesichtshälfte, sowie hohes Fieber. Das Sehvermögen war infolge einer Papillitis völlig erloschen. Aus dem linken Nasenloch entleerte sich blutig-eiteriger Schleim. Von der Zahnalveole aus gelangte man mittels einer Sonde in die Oberkieferhöhle, aus der sich ebenfalls Eiter entleerte; Schwellung des Zahnfleisches, starke Druckschmerzhaftigkeit des Bulbus und der ganzen Gesichtshälfte vervollständigten das Bild. Die Behandlung bestand in Eröffnung des Sinus von der Alveole aus und Curettage des letzteren, sowie in der Anlegung eines 4 cm langen Schnittes entsprechend dem unteren Rand der Orbita. Beim weiteren Eingehen bis auf den Boden der Augenhöhle quoll im Strome gelbgrünlicher Eiter hervor, der aus einem Absceß hinter dem Bulbus herstammte. Der Prozeß griff auch auf den Ductus nasolacrymalis über. Durch Drainage wurde schließlich völlige Heilung erzielt, die Sehkraft blieb erloschen.

Verf. weist zum Schluß auf die Wechselbeziehungen hin, die in den verschiedenen Lebensjahren zwischen dem Sinus maxillaris, dem 2. Trigeminusast und den Oberkieferalveolen bestehen und die von großer Wichtigkeit für die Weiterverbreitung der Infektion sind: In den ersten Lebensmonaten steht der inkomplette Canalis infraorbitalis (besser Sulcus infraorbitalis) noch in Verbindung mit der Alveole. Erst in der Zeit vom 4. bis 14. Lebensjahre tritt infolge stärkerer Entwicklung des Sinus, der sich zwischen den Canalis infraorbitalis und die Alveolen einschiebt, eine Trennung ein. Im vorliegenden Falle war bei dem 11 jährigen Knaben die Distanz zwischen Nervenkanal und Alveole augenscheinlich noch gering und begünstigte so das Fortschreiten der Eiterung auf die Augenhöhle.

Der geschilderte Infektionsweg ist zwar selten, beweist aber die Notwendigkeit frühzeitigen Eingreifens bei Oberkieferhöhleneiterungen der Kinder. *Mettin* (Berlin).

Nase:

Castellani, Aldo, Indian oro-pharyngeal leishmaniasis. (Indische Nasen-Rachen-Leishmaniosis.) Journal of trop. med. a. hyg. **16,** S. **49—50. 1913.**

Castellani beobachtete in einem besonders hartnäckigen Falle von Ulceration des Pharynx und des weichen Gaumens bei einem Manne, der lange in Indien gelebt hatte, Leishmaniaparasiten. Fälle von Orientgeschwür mit Lokalisation in der Mundschleimhaut wären schon von Cardamatis in Griechenland und von Gabbi und Lacava in Italien beschrieben worden. In dem betreffenden Falle von C. waren keine Hautläsionen, auch früher nicht, festgestellt worden. Der Zustand hatte bei dem Kranken schon mehr als 9 Jahre gedauert, während die Krankheitsdauer bei Orientgeschwür keine so lange wäre. *Ziemann* (Charlottenburg).[x]

Bjalo, D., Ein Fall von Cyste der Nasenhöhle. Monatsschr. f. Ohren-, Hals- und Nasen-Krankheiten 8, S. 19. 1913. (Russisch.)

Bjalo berichtet über einen Fall von walnußgroßer Cyste des Nasenbodens bei einer

Dreißigjährigen. Exstirpation der Geschwulst durch Schnitt von der Fossa canina aus unter Lokalanästhesie. Die Cyste war offenbar dentalen Ursprungs. *v. Reyher* (Dorpat).

Iwanoff, W. M., Seltener Fall eines Rhinolithen. Ärzte-Zeitung **20**, S. 343 bis 345. 1913. (Russisch.)

Durch die vordere Rhinoskopie wird eine Geschwulst festgestellt, welche bis nahe an die äußere Öffnung heranreicht. Die Palpation des Epipharynx zeigt einen großen die Choane ausfüllenden Körper. Mit vieler Mühe wird der Rhinolith durch den vorderen Nasengang extrahiert. Der Rhinolith zeigt folgende Masse: Höhe 2 cm, Breite 3 cm, Dicke 2,5 cm. Gewicht 8 g (ohne die kleineren Splitter). Der Stein hat sich um einen Kirschkern gebildet. *v. Holst* (Moskau).

Ohr:

Breyre, C., Kyste séreux de l'apophyse mastoïde. (Seröse Cyste des Processus mastoideus.) Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège **52**, S. 17—20. 1913.

● **Uffenorde, W., Zur Klinik der Eiterungen des Ohrlabyrinths.** (*Poliklin. f. Ohr.-, Nas.- u. Halskr., Göttingen.*) Würzburg, Kabitzsch 1913. 103 S. IX. Taf. M. 5,—.

Die Kenntnis von der Mitbeteiligung des Ohrlabyrinths bei eitrigen Mittelohrentzündungen ist erst in den letzten Jahren durch verfeinerte Untersuchungsmethoden (besonders des vestibulären Abschnittes) gefördert worden. Zum Teil ist das Labyrinth in relativ harmloser latenter Form mit circumscripter Begrenzung ergriffen, oft jedoch in schwerer Form mit Übergreifen der Infektion auf die Schädelhöhle. Akute Labyrintherkrankung kommt nicht nur bei Fällen mit allgemeiner Dyskrasie (Scharlach) vor, sondern auch bei genuiner Mittelohreiterung und ist hier beinahe prognostisch als ungünstiger zu betrachten. Die Infektion geht vom Mittelohr durch die erhaltenen Fenster auf das Labyrinth über („induzierte Labyrinthentzündung"), erst sekundär werden sie zerstört. Hirnkomplikationen entstehen meist auf dem Wege durch das Labyrinth. Stets sind Streptokokken die Erreger, eine nur toxische Reizung ist nicht bewiesen. Bei chronischer Mittelohreiterung geht die Infektion seltener durch die Fenster, da in ihren Nischen sich schützende Granulationen und Narben gebildet haben, sondern durch den Knochen, der usuriert wird. Daneben können sich reparatorische Vorgänge finden. Es besteht nicht nur bei chronischer, sondern auch bei akuter Labyrintheiterung Neigung zur Spontanheilung teils durch narbige Verödung, teils durch Sequestrierung. Bei Tuberkulose, falls nicht Mischinfektion vorherrscht, kommt es entweder zu umschriebener Entzündung an den Labyrinthfenstern oder zu stetigem, meist sehr langsamem Vordringen und schrittweiser Zerstörung des Labyrinths ohne schwere Symptome. Das Übergreifen auf das Labyrinth kann bei Tuberkulose und Cholesteatom wie überhaupt bei chronischen Mittelohreiterungen ganz unauffällig ohne besondere Störung des Befindens vor sich gehen. Akute Labyrintheiterung macht schwere Erscheinungen. Fieber, Kopfschmerz, Übelkeit und Erbrechen sind nicht charakteristisch, deuten häufig schon auf endokranielle Komplikationen hin. Eins der wertvollsten Symptome ist der spontane, kontralaterale Nystagmus. Taubheit ist zwar ein häufiges, aber nicht durchaus notwendiges Zeichen der Labyrinthentzündung. Zur Diagnose ist außer dem otoskopischen Befund und der Funktionsprüfung genaues Ausfragen notwendig, da die Patienten häufig die tatsächlich verspürten Labyrinthsymptome auf Erkrankung anderer Körperteile beziehen. Die wichtigste Methode, die im allgemeinen genügende Orientierung über den Funktionszustand des vestibulären Labyrinths gestattet, ist die calorische Reaktion. Die Differentialdiagnose zwischen Labyrintheiterung und cerebralen Folgeerkrankungen wird erschwert dadurch, daß viele Symptome, wie eben erwähnt, sowohl vom Labyrinth wie vom Kleinhirn ausgelöst werden können. Ist cerebellare Ataxie, Veränderung vom Augenhintergrund oder spontane Umkehr des Nystagmus bei unerregbarem Vestibularapparat selbst trotz vorhandenen Gehörrestes nachweisbar, so wird man mit Kleinhirnabsceß rechnen können. Wertvoll ist auch der von Barany angegebene Zeigeversuch. Genaue Diagnose zwischen Extraduralabsceß der hinteren Schädelgrube, Saccusempyem, beginnender Meningitis oder Cerebellarabsceß ist gleichfalls schwierig. Noch verwickelter sind die Erwägungen, wenn eine Großhirnaffektion vom Labyrinth und zwar vom oberen Bogengang aus gesetzt wird. Häufig wird man erst bei der Operation den unmittelbaren Zusammenhang und damit die Diagnose finden. — Die Therapie der akuten eitrigen Labyrinthitis soll operativ sein, und zwar muß an die Totalaufmeißelung der Mittelohrräume (Radikaloperation) einzeitig die Eröffnung des Labyrinths angeschlossen werden. Auch wenn das Gehör noch teilweise erhalten ist, soll bei vestibulären Reizsymptomen das Labyrinth eröffnet werden, selbst auf die Gefahr hin, daß das Gehör sich weiter verschlechtert. Bisweilen schwinden heftige Reizerscheinungen vonseiten des Labyrinths nach einfacher Totalaufmeißelung des Mittelohres; das sind Fälle, in denen sich noch Hörreste und vor allem calorische Erregbarkeit des Vestibularis nachweisen ließ. Ein calorisch noch erregbares Labyrinth braucht man nie anzugreifen. Die von anderer Seite für die Indikationsstellung hervorgehobene Bedeutung des Fistel- (Kompressions-)symptomes

wird nicht anerkannt. Zur Labyrinthoperation, besonders bei endokraniellen Komplikationen empfiehlt sich die Methode des Verfassers. Sie deckt alle Labyrinthräume breit auf, legt die Dura der hinteren Schädelgrube in der Saccusgegend frei und eröffnet den Fundus des inneren Gehörganges. Vorher muß der Facialis teilweise aus dem Knochen herausgemeißelt und der knöcherne Kanal entfernt sein. Die Prognose der Labyrinthitis und der Operation ist natürlich sehr ernst, zumal meist schon die Meningen, wenn auch vielleicht noch nicht nachweisbar, ergriffen sind. Jedenfalls ist bei eitriger Labyrinthentzündung die Gefahr des Zuwartens größer als die der Operation. Bei Tuberkulose, guten Körperzustand vorausgesetzt, läßt ausgedehnte, wirklich energische Operation Dauerheilung erwarten. — Ausführliche Krankengeschichten dienen als Beweis für die Anschauungen des Verfassers. *Paetzold* (Berlin).

Rosenblat, M., Zur Frage der Jugularisunterbindung bei otogenen Pyämieen. (*Odessaer jüd. Krankenh.*) Monatsschr. f. Ohren-, Hals- u. Nasenkrankheiten **8**, S. 53 bis 72. 1913. (Russisch.)

Anfänglich berichtet Rosenblat ausführlich über die Stellung vieler namhafter Otologen zu vorliegender Frage. Danach folgen 37 kurze Krankengeschichten von otogener Pyämie, die mit weiteren 24 Fällen, die von Geschelin 1903 aus demselben Krankenhaus in der „Chirurgia“ (russisch) publiziert wurden, analysiert werden. Zusammen 61 Fälle. Von diesen sind 30 geheilt und 31 gestorben, und zwar von 34 die ohne Ligatur der Jugularis behandelt wurden, sind 15 gestorben und von 27 mit Ligatur 16 gestorben. Operiert wurde nach folgendem Schema: bei pyämischen Erscheinungen wird prinzipiell der Sinus freigelegt und punktiert. Findet sich ein Thrombus oder Eiter in Sinus vor, so wird der Sinus ausgeräumt und breit tamponiert. Halten die Schüttelfröste noch weiter an, so wird möglichst bald die Ligatur der V. jugularis angeschlossen, wiebald, ist auch aus den Krankengeschichten nicht ersichtlich.

v. Reyher (Dorpat).

Oertel, Die Tuberkulose des Ohres. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. **10**, S. 167 bis 173. 1913.

Tuberkulose des Ohres gehört nicht zu den Seltenheiten. Am äußeren Ohr kommt sie vor als Lupus, dessen Behandlung nach allgemeinen Grundsätzen zu erfolgen hat, als Knotentuberkulose des Ohrläppchens, die durch Amputation zu beseitigen ist, und als tuberkulöse Perichondritis, schmerzlos verlaufend und den Knorpel weithin zerstörend, die nach breitem Spalten und Auskratzen heilt, wenn auch oft mit verunstalteter Ohrmuschel. Wichtiger ist die Mittelohrtuberkulose, die sich nur sekundär entwickelt und zwar zunächst in der Schleimhaut. Auf dem Blutwege bei Miliartuberkulose und fortgeschrittener Lungenphthise entsteht die akute Form mit Neigung zu raschem Einschmelzen. Bei Kindern kann in kurzer Frist das Felsenbein völlig sequestriert sein, frühzeitig kommt es zu Facialislähmung. Die Prognose ist mit Rücksicht auf das Allgemeinleiden ungünstig, die Therapie in der Regel machtlos. Auf dem Wege durch die Tuben entwickelt sich die chronische Mittelohrtuberkulose, deren primärer Herd die Lunge, bisweilen latente Tuberkulose der Rachenmandel ist. Charakteristisch sind mehrfache Perforationen des Trommelfelles. Bei gutem Allgemeinzustand besteht Heilungstendenz, doch verschlechtert sich die Prognose wesentlich bei Übergreifen auf die Nachbarorgane (Carotis, Vena jugularis, Meningen). Auch die Tuberkulose des inneren Ohres entsteht stets durch Einbruch vom Mittelohr her, und zwar langsam ohne stürmische Erscheinungen. Die Therapie muß allgemein und lokal sein. Ausgiebige Operation, zumal bei Erkrankung des Warzenfortsatzes oder bei Komplikationen, ist anzustreben. Die vielleicht primär ossale Warzenfortsatztuberkulose der Kinder ergibt bei möglichst frühzeitiger Ausräumung des Herdes gute Resultate. *Paetzold* (Berlin).

Mund:

Loumaigne, J.-P.-S., Contribution à l'étude de la tuberculose parotidienne. (Beitrag zum Studium der Parotistuberkulose.) Rev. internat. de la tubercul. **23**, S. 173—181. 1913.

Übersichtliche Darstellung der Tuberkulose der Parotis auf Grund der Literatur

und 3 selbst beobachteter Fälle. **Die Parotistuberkulose findet sich vorzugsweise bei älteren, sonst gesunden Individuen, während sie bei vorgeschrittener Lungentuberkulose kaum beobachtet wird.** Diese Tatsache findet ihre experimentelle Erklärung darin, daß das Drüsenparenchym für Tuberkulose nur wenig empfänglich ist und die Erkrankung gewöhnlich erst die innerhalb oder neben der Parotis gelegenen Lymphdrüsen befällt. Weiterhin ist die antiseptische Wirkung des Speichels und noch mehr dessen mechanische Wirkung von Belang. Pathologisch-anatomisch kommen Knötchen- und disseminierte Formen vor; für die Pathogenese ist die Erkrankung der Lymphwege als das Primäre anzusehen. Der Verlauf der gewöhnlich doppelseitigen Erkrankung ist ein sehr langsamer, indem es erst im Verlauf von Jahren zur Einschmelzung kommt. Therapeutisch gibt die Excision die besten Resultate. *Strauss* (Nürnberg).

Ischiwara, S., u. K. Tsukada, Über die Ätiologie des Mundwinkelgeschwürs und die Beziehungen zwischen ihm und der Diplobacillen-Blepharoconjunctivitis. Japanische Zeitschr. für Militärärzte Nr. 39. 1913. (Japanisch.)

Verff. haben in der militärärztlichen Akademie zu Tokyo 49 Fälle von den Mundwinkelgeschwüren beobachtet und über 27 Fälle davon bakteriologisch und histologisch genau untersucht. **Das Mundwinkelgeschwür wird durch Morax-Axenfeldsche Diplobacillen hervorgerufen.** Man kann durch Impfung der Diplobacillen, die man aus dem Mundwinkelgeschwür gewinnt, typische Blepharoconjunctivitis erzeugen. Demnach ist für die Prophylaxe und Therapie der Blepharoconjunctivitis die radikale Behandlung des Mundwinkelgeschwürs von großer Wichtigkeit. Bepinselung mit Jodtinktur und Ätzung mit Argent. nitrc. sind wirksam. *Tokuoka* (Tokio).

Neumann, Walter, Zur Behandlung großer, mit kompletter Kieferspalte einhergehender Hasenscharten. Antwort auf die Bemerkungen von Prof. Kredel. (*Chirurg. Klin., Heidelberg.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 559—560. 1913.

Die vom Verf. zur Näherung der Oberkiefer bei großen Spalten derselben angegebene Klammer wird entgegen den Ausführungen von Prof. Kredel von unten an den Oberkiefer angelegt, so daß sie die Naht der Hasenscharte in keiner Weise stören kann. — Die Anwendung einer Schraube zur Fixierung der erreichten Annäherung, ebenso die spätere Entfernung der Klammer sind einfach und bilden keine Komplikation für den Gebrauch der Klammer. — Ähnlich wie es Brophy auf andere Weise erreicht hat, will Verf. durch Näherung der Oberkiefer in den Fällen, wo genügend Material der Oberlippen vorhanden ist, die komplizierten Verfahren, mit Hilfsschnitten und Entspannungsnähten, sowie plastischen Hilfsoperationen vermeiden. *Kaerger* (Berlin).

Kutvirt, Phlegmony jazyka a vztah jejich Ku t. zv. angine Ludwigově. (Phlegmonen der Zunge und ihre Beziehung zur sog. Angina Ludovici.) Časopis lékarův českých **52**, S. 119—124, 149—152, 174—178, 198—204, 233—236. 1913. (Tschechisch.)

Das gleichsam epidemische Auftreten zahlreicher Fälle tiefer Rachenentzündungen, die unter Mitbeteiligung der Zunge einhergingen (in den verhergehenden 19 Jahren von 1892—1911 wurden im ganzen 6, im Jahre 1912 allein 15 Fälle beobachtet), veranlaßt Kutvirt in einer breit angelegten klinischen Studie das Wesen dieses Entzündungsprozesses nach anatomischem Sitze, Ausbreitung, Nomenklatur, Ursachen, Symptomologie, klinischen Verlauf und Therapie im einzelnen einer eingehenden Besprechung zu unterziehen. Nach einer kurzen historischen Einleitung werden die Krankengeschichten der 21 Fälle mitgeteilt, die Grundlagen über die Ausbreitungswege erläutert. Die entzündlichen Prozesse betreffen nicht allein mehr weniger größere Abschnitte der Zunge, sondern greifen auf beide Unterzungen- und Unterkieferdrüsen über, dringen unter der Musc. myohyoydeus, und können auf diesem Wege Anlaß geben zum Auftreten der Angina Ludovici (Entzündung des ganzen Mundbodens bis zum Zungenbein und seitlich bis zu den Zungenbögen) und teils auf lymphatischem Wege oder entlang der Gefäße, insbesondere der Art. lingualis, Max. externa und mittels der großen Halsgefäße bis zum Mediastimum gelangen. Die verschiedenen Verbreitungswege geben Anlaß zu den zahllosen Namen dieses Prozesses durch die verschiedenen Autoren. Trotz der vielfach angegebenen Ursachen, welche für die Entstehung der Abscesse der Zungenmuskel verantwortlich gemacht werden, bleibt der eigentliche ätiologische Ursprung des Prozesses in der Mehrzahl der Fälle dunkel. Zweifelsohne ist die Zungenphlegmone ein durch Mischinfektion hervorgerufener Entzündungsprozeß, sei es als Kundgebung allgemeiner Infektion akuter und chronischer Krankheiten, sei es eine Lokalinfektion nach verschiedenen Verletzungen in der Mundhöhle. Von den 21 Fällen

war 4 mal die Zunge seitlich in den vorderen Anteilen als hemiglossitis, 7 mal der Zungenrücken und Grund, 8 mal beinahe nur der Zungengrund, einmal der Zungenuntergrund bei alveolärer Pyorrhoe und einmal infolge von Entzündung der Unterzungen- und Unterkieferdrüse Sitz des Entzündungsprozesses, im ganzen war 14 mal dabei der Mundboden ergriffen. Eine eingehende Würdigung der klinischen Symptome wird angeschlossen und weiter die Unzulässigkeit hervorgehoben, alle diese Prozesse unter dem schon im Jahre 1836 von Ludwig als tiefe Halsphlegmone beschriebenen Leiden zusammenzufassen, das als Angina Ludovici nur noch an den altertümlichen Namen der „Synanche" erinnert. Kommt der Kranke zur Zeit in Behandlung, in welcher man noch die ganze Mundhöhle, den Schlund und Kehlkopf genauer untersuchen kann, und imstande ist, die Unterzungen- und Unterkieferdrüsen von dem Gewebe der Umgebung zu differenzieren, so kann man sicherstellen, ob es sich um eine primäre Entzündung dieser Drüsen handelt, ob das Unterzungengewebe früher ergriffen wurde oder die Zungenwurzel. Mit Rücksicht auf die Schwere des Leidens, das nur eine unsichere Prognose zuläßt, ist möglichst bald und energisch die chirurgische Behandlung mittels Incision am Platze. Auf Grund anatomischer Studien an der Leiche, über die Lage und Verlauf der Arteria lingualis wird unter Beifügung von 3 übersichtlichen topographisch-anatomischen Tafeln die Ungefährlichkeit selbst bis 3,5 cm tief eindringender Incisionen ins Zungengewebe erwiesen. Die Vorsichtsmaßregeln und das zweckmäßige Vorgehen bei der Anlegung der Incision bei den verschiedenen Einzelformen der Phlegmone seitlich, am Zungengrunde, bei Mundbodenentzündungen werden näher besprochen und schließlich hervorgehoben, daß für die richtige Bezeichnung zweckentsprechender je nach dem Sitze des phlegmonösen Prozesses die Benennung Glossitis, Phlegmone apicis linguae dorsi (lateris), radicis, sublingualis, submandibularis und Phlegmone lateris colli am Platze ist, vielmehr, als der Name Angina Ludovici. *Pietrzikowski* (Prag).

Miláček, Veliké cizé těleso 4 měsice v ústech. (Großer Fremdkörper in der Mundhöhle.) (Demonstration im Vereine der tschechischen Ärzte in Prag am 20. Jan. 1913.) Čas. česk. lék. **52,** S. 212—213. 1913. (Tschechisch.)

59jähr. Handlanger bohrt sich durch Fall das Mundstück der Tabakspfeife in die Mundhöhle und verletzt sich die rechte Mandel. Der Verletzte hat durch mehr als vier Monate, ohne zu beachten, wohin das Bruchstück der Tabakspfeife verschwunden war, den Fremdkörper, bestehend aus dem 6½ cm langen abgebrochenen Mundstücke. in der Mundhöhle trotz schwerer Entzündungserscheinungen, Mundsperre und Unmöglichkeit zu schlucken getragen. Die Entzündung griff auch auf die Weichteile des rechten Kieferwinkels über, führte zur Abscedierung und Incision, und erst als die Schwellung geschwunden war, konnte durch die Mundhöhle der Fremdkörper, der vom rechten Kieferwinkel vor der Mandel bis zum Zäpfchen sich hinauferstreckte, extrahiert werden. Glatte Heilung. *Pietrzikowski* (Prag).

Horne, W. Jobson, Case of dysphagia presenting unusual features rapidly remedied by treatment. (Fall von durch Behandlung schnell behobenen Schluckbeschwerden ungewöhnlicher Art.) Proceed. of the r. soc. of med., London **6,** Laryngol. sect. S. 73—74. 1913.

Patient war vor 20 Jahren wegen Lues behandelt, litt jetzt an hochgradigen Schluckbeschwerden, so daß selbst Flüssiges nicht genossen werden konnte. Abgesehen von nicht sehr hochgradiger Schwellung des Zungengrundes bestand kein Befund. Schnelle Besserung auf antiluetische Behandlung. Die Schwellung wird durch ein Gumma erklärt. *Ellermann.*

Lando, M. E., Die röntgenographische Darstellung von Formveränderungen des Epipharynx. (*Allg. Krankenh., Wien.*) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. **47,** S. 258—261. 1913.

Frontalaufnahmen zeigen deutlich die Form des Epipharynx und deren Veränderungen infolge von Deformitäten der Schädelbasis (z. B. bei Turmschädel) oder der Wirbelsäule; eine Behinderung der nasalen Atmung kann aus derartigen Verengerungen des Epipharynx ersichtlich werden. *Grashey* (München).

Rückenmark, peripherisches, sympathisches Nervensystem:

Rathery, F., Sémiologie du liquide céphalo-rachidien. (Semiologie des Liquor cerebro-spinalis.) Ann. de méd. et chirurg. infant. **17,** S. 165—175. 1913.

Rübsamen, W., Technische Schwierigkeiten bei der Punktion des Sakralkanals rachitischer Becken. (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Zentralbl. f. Gynaekol. **37,** S. 378—380. 1913.

Ein Teil der Versager der Sakralanästhesie beruht auf anatomischen Beckenveränderungen. So kann in den Fällen von platt rachitischen Becken, wo das Kreuzbein in seinen oberen Partien stark nach hinten abgeknickt ist, sich aber die Schwanzwirbelsäule stark nach vorn umkrümmt, der Sakralkanal in seinen unteren Partien derartig von vorn nach hinten zusammengepreßt sein, daß eine Punktion desselben praktisch sehr erschwert oder unmöglich ist. *Läwen.*

Leriche, R., L'opération de Franke et l'opération de Foerster dans les crises viscérales du tabes. (Die Frankesche und Förstersche Operation bei den Eingeweidekrisen der Tabes.) Lyon chirurg. **9**, S. 308—315. 1913.

Bei den tabischen Krisen ist als beste Methode die intradurale Durchtrennung der hinteren Wurzeln nach Förster anzusehen, weil sie am leichtesten und schnellsten ausführbar ist. Demgegenüber kommt die von Sicard angegebene Operation gar nicht in Betracht. Die Erfahrungen Leriches mit der extraduralen Methode nach Guleke waren sehr schlechte, weil meist eine sehr starke Blutung die Durchschneidung der Wurzel im Epiduralraum verhinderte. Bei hinfälligen Kranken ist an die Stelle der Försterschen Operation die Frankesche (Ausdrehung des Intercostalnervens von außen her) zu setzen. Wenn sie richtig ausgeführt wird, kann der Pneumothorax dabei leicht vermieden werden, ebensowenig ist eine Schädigung der Meningen und der vorderen Wurzeln zu befürchten. Der Intercostalnerv kann leicht freigelegt und bei der Extraktion des Ganglion fast ausnahmslos mit herausgezogen werden. Die Erfolge waren bei zwei Drittel der Operierten günstig. *Bergemann* (Berlin).

Sicard, J.-A., À propos des opérations rachidiennes chez les tabétiques. (Rückenmarksoperationen bei den Tabikern.) Lyon chirurg. **9**, S. 305—307. 1913.

Sicard verwirft die Ausdrehung des Intercostalnerven von außen her, weil dadurch eine sichere Zerstörung des Spinalganglions nicht möglich sei (Versuche an der Leiche). Außerdem erscheint die Frankesche Operation gefährlich, weil sie unter 3 Fällen einmal einen doppelseitigen, einmal einen einseitigen tödlichen Pneumothorax herbeigeführt hat. Auch die intradurale Wurzeldurchschneidung wird für die Tabiker nicht empfohlen, weil sie für einen derartigen Eingriff nicht widerstandsfähig genug seien. Zweckmäßiger wäre die extradurale Wurzeldurchschneidung, aber die Eröffnung der Arachnoidealsäckchen ermöglicht den Austritt und die Infektion der Cerebrospinalflüssigkeit. S. empfiehlt dagegen die hintere und vordere Wurzel zusammen im Epiduralraum unmittelbar am Duradurchtritt abzubinden und dicht darunter zu durchschneiden; bei einem zweiten Eingriff sei es dann möglich, das zugehörige Ganglion herauszuziehen oder zu zerstören. *Bergemann* (Berlin).

Landau et van Duyse, Les neuroblastomes malins du sympathique. (Die bösartigen Neuroblastome des Sympathicus.) Ann. et bull. de la soc. de méd. de Gand. **4**, S. 84—90. 1913.

Die bösartigen Geschwülste der Nebennieren und der Leber wurden als Sarkome, Lymphome und Gliome bei Neugeborenen und sehr jungen Kindern mehrfach beschrieben. Verf. will allenfalls den Namen Gliome gelten lassen, der die Beziehung dieser Geschwülste zu dem sympathischen Nervensystem eben andeutet. Nach Marchand sind diese Tumoren tatsächlich aus embryonalen Zellen des Sympathicus zusammengesetzt. Ebenso weiß man heute, daß die Bildungszelle des Sympathicus sich einerseits in eine nervöse Zelle, andererseits in eine chromaffine Zelle differenziert. Als erster versuchte nun Kretz die sympathischen Bildungszellen mit den kongenitalen Tumoren in Beziehung zu setzen bei gleichzeitig bestehender Sarkomatose der Leber und Nebennieren. Eben diese Tumoren nannten Alezais und Peyron (1908) parasympathische Tumoren oder Paragangliome, d. h. aus Bildungszellen des parasympathischen Systems entstanden. Auch andere Autoren weisen bei diesen Tumoren den gleichen Ursprung nach. Man nannte die Tumoren Neuroblastome und Neurocystome; die Franzosen bezeichneten sie als Paragangliome oder Parasympathome. Verf. will den Namen Paragangliom aber nur für die Geschwülste gelten lassen, die chromaffine Zellen enthalten. *Stadler* (Leipzig).

Hals.

Allgemeines:

Sudeck, P., Ein Fall von Beugungsluxation des fünften Halswirbels. (*Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. **20**, S. 34 bis 35. 1913.

Verf. berichtet von einem 27jährigen Jüngling, der beim Kopfsprung mit dem Scheitel

auf Grund kam. Er verspürte sofort heftige Schmerzen im Nacken, die nach der Brust und den Schultern ausstrahlten. Ein Röntgenbild zeigte $3^1/_2$ Monate später, daß der 5. Halswirbel nach vorn luxiert stand. Man fühlte deutlich den gibbusartigen Vorsprung des 6. Dornfortsatzes. Die Kopfbewegungen sind nur ganz minimal beschränkt. Schmerzen sind noch dieselben wie beim Beginn. Der Kopf wird gewöhnlich etwas nach vorn geneigt unbeweglich gehalten, da sonst die Schmerzen zunehmen. Da anzunehmen ist, daß eine Besserung der Beschwerden eintreten wird, und da eine unblutige Reposition unmöglich scheint, weil sich auf dem Bild ein kleines abgerissenens Knochenstückchen und Kallus zeigt, so ist von einem blutigen Eingriff vorläufig Abstand genommen. *Brüning* (Gießen).

Kehlkopf und Luftröhre:

Leroux, Robert, La laryngoscopie directe l'ortholaryngoscopie autostatique. (Die direkte Laryngoskopie, autostatische Ortholaryngoskopie.) Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **35**, S. 84—88. 1913.

Die „autostatische Ortholaryngoskopie", wie Verf. seine neue Untersuchungsmethode benennt, soll die Killiansche Schwebelaryngoskopie ersetzen. Das Instrument wird am hängenden Kopf eingeführt, es besteht aus einem an einem Mundöffner fixierten Zungenspatel, dessen Ende in die Vallecula zu liegen kommt und der durch eine Kurbelvorrichtung fest an die Zunge angepreßt werden kann. *Kahler* (Freiburg i. Br.).

Iwanow, A., Die Exstirpation der Stimmbänder bei Kehlkopfstenosen. Monatsschr. f. Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten, Bd. **8**, S. 6. 1913. (Russisch.)

Iwanow spricht sich bei gutartigen Stenosen des Kehlkopfes, die durch mediane Fixation der Stimmbänder hervorgerufen sind, für Exstirpation der Stimmbänder aus. Hierzu Kasuistik von 4 Fällen: 3 Stenosen infolge luetischer Perichondritis und 1 Fall von ausgedehntem Papillom des Stimmbandes mit 3 Dauerheilungen. *v. Reyher* (Dorpat).

Badgerow, George W., Congenital membrane of the larynx. (Kongenitale Larynxmembran.) Proceed. of the r. soc. of med., London **6**, Laryngol. sect. S. 66—67. 1913

6jähriger Knabe, bei dem die Stimme schwach entwickelt war. Laryngoskopische Untersuchung ergab in der vorderen Commissur zwischen den Stimmbändern eine Membran, die nur im hinteren Teil der Glottis eine Öffnung ließ; anscheinend keine Behinderung der Atmung. Die Diskussion über diesen Fall, ob eine Operation vorgenommen werden sollte, ergab, daß man besser von einer solchen absähe, da die Atmung unbehindert und die Resultate wenig befriedigend wären. *Bernard* (Berlin).

Bruns, Paul v., Die Neubildungen des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Hauptbronchien. Handb. d. prakt. Chirurgie. 4. Aufl. S. 1—39. 1913.

Die Bearbeitung des Kapitels über die Neubildungen des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien für die neue Auflage des Handbuches der praktischen Chirurgie hält sich nach Inhalt und Form im wesentlichen an die frühere Darstellung, doch ist die Zahl der Abbildungen vermehrt, und die neuere Literatur ist im Text, namentlich in den statistischen Angaben berücksichtigt. Der Abschnitt über die Neubildungen der Hauptbronchien ist neu hinzugekommen. *Heller* (Leipzig).

Sanderson, William, Tuberculoma of the larynx. (Tuberculom des Kehlkopfs.) Brit. med. journal S. 703—704. 1913.

Schilddrüse:

Morel, L., L'insuffisance parathyroïdienne et son traitement. (Die Insuffizienz der Epithelkörperchen und ihre Behandlung.) Paris méd., S. 361—366. 1913.

Die verschiedenen Formen der Tetanie werden besprochen: 1. postoperative Tetanie, 2. Graviditäts-Tetanie. Eine latente Insuffizienz wird durch den vermehrten Stoffwechsel manifest. 3. Infantile Tetanie. Bei der Sektion finden wir Atrophie, Hypoplasie, Sklerose und Blutungen der Corpora parathyreoidea. Irgendeine Zufalls-Infektionskrankheit bringt die Krankheit zum Ausbruch. Die Therapie ist a) eine symptomatische. Lösliche Kalksalze 3—5 g. Ca. lacticum mildern die Erscheinungen, können das Leben erhalten. Ferner kommen in Betracht Brom, Chloral und Organotherapie. Parathyreoideapräparate. Vorzügliche Resultate bei der post-

operativen Tetanie, aber auch bei den übrigen Formen. b) Transplantation von Epithelkörperchen. Wenn bei einer Operation zu erkennen ist, daß dieselben stark geschädigt wurden, sollen sie sofort in die noch intakte Schilddrüse implantiert werden. Tritt Tetanie später in Erscheinung, so ist die homoioplastische Transplantation angezeigt. Dem Spender darf nur ein Epithelkörperchen entnommen werden. Ausgeschlossen sind weibliche Personen, bei welchen eine Schwangerschaft in Frage kommt. Geeignet sind frische Leichen. Als Ort der Überpflanzung kommen in Betracht der präperitoneale Raum und das Knochenmark. Bekannt seien 10 Fälle, meist nach postoperativer Tetanie. Das Verfahren ist gefahrlos und führte einige Male zur Heilung. Keine neuen Beobachtungen. *Hotz* (Würzburg).

Hagen-Torn, Johann, Über den Einfluß der Insufficienz und Atrophie der Schilddrüse auf Erkrankungen der Gelenke. Chirurgitscheski Archiv Weljaminowa **29**, S. 55—96. 1913. (Russisch.)

Verf., ein Schüler Prof. Weljaminows, welcher als erster den Begriff der Polyarthritis chronica progressiva thyreotoxica prägte, bespricht in seiner Arbeit die mit der Schilddrüsenatrophie in Zusammenhang stehenden Gelenkerkrankungen. Auf Grund von 10 Fällen kommt Verf. zum Schluß, daß ein jeder Rheumatiker auf seine Schilddrüse hin zu untersuchen ist. Besonders sorgfältig hat die Untersuchung in solchen Fällen zu sein, wenn die Thyreoidea nicht vergrößert ist. Eine besondere Aufmerksamkeit ist den subjektiven und objektiven Erscheinungen des Hypo- und Hyperthyreoidismus zu widmen. Die Fälle von Schilddrüsenatrophie sind häufig mit Gelenkerkrankungen vergesellschaftet. Die Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten bessert den Allgemeinzustand und bringt die Erscheinungen des Hyperthyreoidismus zum Schwinden. Gleichzeitig schwinden die pathologischen Erscheinungen in den Gelenken, und zwar auch in Fällen mit weitgehenden anatomischen Veränderungen. Eine vollständige restitutio ad integrum ist möglich, sobald die Schilddrüsenfunktion wieder normal wird. Die Behandlung hat längere Zeit zu dauern. Eine vorzeitige Sistierung der Behandlung führt zum Wiederauftreten der Gelenkerscheinungen. In resistenten Fällen, — in den Fällen von chronischem Gelenkrheumatismus und bei Arthritis deformans, ist — da doch Thyreoidin nur temporäre Besserung gibt — die Transplantation von Schilddrüsengewebe nach Christiani am Platz. *Hesse* (St. Petersburg).

Monogenow, Über die Kolloidretention in den Knotenkröpfen. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. **24**, S. 145—148. 1913.

Durch künstliche Injektion der Lymphgefäße von Kröpfen, mit Hilfe der von Bartels für derartige Injektionen angegebenen Spritze glaubt Verf. festgestellt zu haben, daß die Kolloidknoten in der Struma nodosa ihre Entstehung dem Fehlen normaler Lymphgefäße und der ungenügenden Verbindung der Lymphspalten mit den Lymphgefäßen der Umgebung verdanken, indem dadurch die Resorption des Kolloids erschwert ist. *O. Meyer* (Stettin).ᴹ

Bing, Robert, Über die Basedowsche Krankheit. Schweizer Rundsch. f. Med. **13**, S. 409—421. 1913.

Zusammenfassender Fortbildungsvortrag. Als obligatorische diagnostische Kriterien auch bei den Formes frustes werden die kardiovasculären Anomalien und Zittererscheinungen bezeichnet. Die sogenannten sekundären Basedowsymptome werden nach Bing zu wenig beachtet. Er rechnet dazu die Muskelschwäche, Menstruationsanomalien, Diarrhöen, Hyperhidrosis mit Herabsetzung des elektrischen Leitungswiderstandes, neuralgische Erscheinungen, trophische Störungen (Ausfall der Kopfhaare, Trockenheit der Haut), Pigmentanomalien (Hyperpigmentation, Vitiligo), Stoffwechselanomalien. Die Theorien der Basedowgenese werden ausführlich besprochen. Zum Schluß bespricht B. noch die interne und chirurgische Therapie. *Borchardt.*ᴹ

Thymus:

Retterer, Éd., et Aug. Lelièvre, Hématopoièse dans le thymus. (Blutbildung im Thymus.) Cpt. rend. hebdom. d. séanc. de la soc. de biol. **74**, S. 445—448. **1913.**

Im Thymus des Kalbes finden sich unter Lymphocyten eigenartige hämoglobinführende,

kernhaltige Zellen; der Kern dieser Zellen wandelt sich in den kernlosen Erythrocyten um. Es entstehen also im Thymus der Säugetiere die kernlosen Erythrocyten auf Kosten der autochthonen Lymphocyten, indem der Kern unter Hämoglobinbildung degeneriert.

Kreuter (Erlangen).

Brust.

Allgemeines:

Wyss, H. von, Über den negativen Druck im Thorax. (*II. med. Klin., München.*) Dtsch. Arch. f. klin. Med. **109**, S. 595—607. 1913.

Der Adhäsion der Pleurablätter wurde zunächst bei der Mechanik der Atmung und der Lungenbewegung kaum Rechnung getragen, bis Brauer die Wichtigkeit der Klebekraft ausdrücklich betonte und eine Reihe physiologischer und pathologischer Erscheinungen damit in Zusammenhang brachte. Seither wurde die Wichtigkeit der Adhäsion ziemlich allgemein anerkannt und bei der Mechanik der Atmung, des spontanen und künstlichen Pneumothorax (Brauer), der Zwerchfellbewegung (Eppinger) berücksichtigt. Auf Grund physikalischer Überlegungen und Berechnungen kommt v. Wyss zu dem Ergebnis, daß eine Trennung der Pleura parietalis von der Pleura visceralis unter physiologischen Verhältnissen undenkbar ist, ohne daß man die Adhäsion zur Erklärung heranziehen muß. Die Adhäsion ändert nicht das geringste an den Druckverhältnissen im Thorax. Die Lehre vom negativen Druck an der Berührungsstelle der Pleurablätter besteht bei richtiger Definition desselben völlig zu Recht.

Hegler (Hamburg).*

Engel, Beiträge zur Röntgendiagnostik der Bronchialdrüsenvergrößerungen. (*Akad. Klin. f. Kinderheilk., Düsseldorf.*) Med. Klinik **9**, S. 336—339. 1913.

Verf. hat sich davon überzeugt, daß man auf guten Röntgenogrammen von Kindern den Bronchialbaum mit seinen wichtigsten Teilen, d. h. bis zur Abgabe der obersten Bronchien zweiter Ordnung, als Schattenaussparung deutlich erkennen kann. Wenn man die anatomische Lage der an der Lungenwurzel gelegenen Drüsen berücksichtigt, so kommt man zum Resultat, daß die Bifurkationsdrüsen und meist auch die Tracheobronchialdrüsen ins Bereich des Mediastinalschattens fallen, daß also nur die Bronchopulmonaldrüsen, und zwar im wesentlichen die der rechten Seite, der Röntgendiagnostik zugänglich sind. Mit zunehmendem Alter werden die Verhältnisse im allgemeinen günstiger. Wenn Bronchialdrüsentumoren auf dem Röntgenbild diagnostiziert werden sollen, muß verlangt werden, daß die betreffenden Schatten nicht etwa nur irgendwo in der Hilusgegend liegen, sondern daß sie die topographischen Beziehungen zur Projektion des Bronchialbaums erkennen lassen, die den Lymphdrüsen zukommen. — Von diesen Grundsätzen ausgehend hat Verf. eine kleinere Zahl von anatomisch belegten Fällen und eine größere Zahl von nicht kontrollierten Platten analysiert und gefunden, daß es tatsächlich Fälle gibt, wo Schatten nicht verkalkter Bronchialdrüsen in distinkter Stelle auftreten, die den geforderten Kriterien entsprechen. Die Fälle waren aber sehr selten (kaum ein Dutzend unter mehreren Hundert auf Tuberkulin reagierenden Kindern), während sich andererseits öfter post mortem große Pakete tracheobronchialer Drüsen fanden, die röntgenographisch nicht zur Darstellung kamen.

Ibrahim (München).*

Oeri, Felix, Erstickungsanfall infolge Durchbruchs einer tuberkulösen Drüse in den Bronchus. (*Lungen-Sanat., Braunwald.*) Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 410 bis 411. 1913.

Bei einem $16^1/_2$jährigen Patienten mit Bronchialdrüsentuberkulose brach ganz plötzlich eine verkäste Drüse in wenigen großen Fragmenten in den rechten Bronchus durch. Das Hauptstück verlegte zuerst den rechten Bronchus vollständig und den linken (resp. die Trachea) wenigstens teilweise; durch die angestrengte Atmung kam es dann ganz in die Trachea zu liegen und führte dadurch zur Erstickung. Die ohne große Hoffnung auf Erfolg angewandte künstliche Atmung — die richtige Diagnose wurde erst nachträglich gestellt — hatte das Resultat, daß schon bei einem der ersten ruckweisen Kompressionsstöße unter hörbarem Knall ein derber Gewebsfetzen von der Größe und Dicke eines Fingerendgliedes expektoriert wurde, dem alsbald 2 kleinere Stücke je von der Größe einer halbierten Kirsche nachfolgten. Die Atmung wurde

sofort frei, das Bewußtsein kehrte wieder zurück und der Patient war in einer Viertelstunde wieder wohl. Die sicherste Therapie ist in solchen Fällen die Tracheotomie. *Harms.*[M]

Speiseröhre:

Ssakowitsch, F. S., Zur Kasuistik der Fremdkörper des Oesophagus. Ärzte-Zeitung **20**, S. 348. 1913. (Russisch.)

Patient. leidet seit Jahren an Sodbrennen und Aufstoßen, hat daher mit Hilfe eines Teelöffels Brechen hervorrufen wollen, wobei der Teelöffel ihm entglitten und im Oesophagus stecken geblieben ist. Das Ende des Griffes liegt unterhalb des Ringknorpels. Der Fremdkörper wird mit Hilfe der Kornzange entfernt. Er ist 13,5 cm lang und 3,2 cm breit. *v. Holst* (Moskau).

Liébault, G., Corps étranger (dentier) toléré par l'oesophage sans réaction notable pendant vingt-sept jours. (Fremdkörper (Gebiß) im Oesophagus 27 Tage lang ohne bemerkenswerte Reaktion ertragen.) **Rev. hebdom. de** laryngol., d'otol. et de rhinol. **34**, S. 401—405. 1913.

Brustfell:

Boit, Über Pleuraresorption. (*Chirurg. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 417—420. 1913.

Boit hat an Hunden experimentelle Studien über die Pleuraresorption unternommen, um eine Reihe wichtiger Fragen, die für die Weiterentwicklung der Brustchirurgie von Bedeutung sind, zu beantworten. Die Experimente ergaben, daß sowohl die Resorption aus der Pleurahöhle als auch die Exsudation in die Pleurahöhle durch das aktiv tätige Pleuraendothel erfolgt. Die Endothelzellen, die fast bei jedem operativen Eingriff an der Lunge in ausgedehntem Grade geschädigt wurden, wie mikroskopische Präparate zeigten, geben die flüssigen, öligen und corpusculären Bestandteile an die subendothelialen Lymphspalten und -bahnen ab. Von der Pleura costalis werden diese Bestandteile über die subpleuralen, inter- und intramuskulären Lymphbahnen in das vordere und hintere Mediastinum übergeführt; von der Pleura pulmonalis gelangen sie durch die Lunge zum Hilus und von hier ins Mediastinum; von der Pleura mediastinalis kommen sie direkt in die ausgedehnten mediastinalen Lymphbahnen, die in den Ductus thoracicus und den Truncus lymphaticus dexter führen. Flüssigkeiten (physiologische Kochsalzlösung, oder diese mit 1% Trypanblau, Tusche, Carmin oder Olivenöl), die in die eine Pleurahöhle injiziert wurden, gelangten teilweise auch in die andere Pleurahöhle. Beim Hunde infizieren entzündliche Pleuraexsudate häufig auch durch das Mediastinum hindurch die andere Pleurahöhle. B. ist der Ansicht, daß auch beim Menschen mit der Möglichkeit der Fortleitung einer Pleurainfektion über den Weg des Mediastinums auf die andere Seite zu rechnen ist. Doppelseitige Empyeme sind mehrfach in der Literatur mitgeteilt. *Kolb* (Heidelberg).

Naegeli, Th., Über die Resorption von Flüssigkeiten aus der Pleurahöhle. (*Chirurg. Klin., Zürich*). Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. **1**, S. 164—174. 1913.

In Tierversuchen hat der Verf. die Resorptionskraft der Pleurahöhle geprüft und fand eine Verzögerung derselben beim Pneumothorax und noch mehr bei Ausschaltung der Lunge und zwar im Verhältnis zur Größe des ausgeschalteten Lungenteiles; die Unterbrechung des venösen Kreislaufes hat größeren Einfluß als die des arteriellen. Eine mechanische Wirkung der Lunge ist für die Resorption nicht von Bedeutung, die Lunge selbst ist dagegen an der Resorption stark aktiv beteiligt; sie verliert ihre Fähigkeit, wenn mehr minder erhebliche Störungen der Zirkulation eintreten. Die Resorptionskraft der Brusthöhle ist geringer als die der Bauchhöhle. *Bode* (Göttingen).

Lungen:

Bernard, Léon, Le pneumothorax des tuberculeux. (Der Pneumothorax der Tuberkulösen.) Presse méd. **21**, S. 210—214. 1913.

Klinische Abhandlung über das Krankheitsbild des Pneumothorax. Auf den Wert der

Röntgendurchleuchtung wird dabei besonders hingewiesen, in einzelnen Fällen konnte nur sie zur richtigen Diagnose führen. *Bergemann* (Berlin).

Bauch und Becken.

Allgemeines:

Trapl, Zánětlivý desmoid stěn břišních. (Entzündliches Desmoid der Bauchwand.) (Demonstration bei der Vollversammlung des Brünner Gauverbandes am 23. Januar 1913.) Čas. lék. česk. **52,** S. 236. 1913. (Tschechisch).

Einer 35jährigen Frau wurde im Mai 1912 bei bestehender Gravidität ein subseröses Myom der rechten Uterusfundusecke operiert. Heilung der primam. Im September folgte Spontangeburt ohne Beschwerden. 4 Wochen nachher Fieber und Schmerzen der Unterbauchgegend, 3 Tage später Aufnahme ins Krankenhaus. Es besteht Fieber 38—39.8° C in der Coecalgegend eine etwa 15 cm lange glatte Narbe nach Laparatomie. Die ganze linke Unterbauchgegend über die Medianlinie bis in die Hälfte der Narbe reichend, ist eingenommen von einem festen, nicht empfindlichen Tumor der Bauchdecken; die innere Untersuchung konstatiert einen fluktuirenden, vor dem nach hinten verlagerten Uterus gelegenen Tumor, der mit dem Bauchwandtumor zusammenzuhängen scheint. Vorerst Verdacht auf einen Exsudationsprozeß. Die Punktion per vaginam ergibt seröse Flüssigkeit. Nach siebenwöchentlicher symptomatischer Behandlung Abnahme des Fiebers. Am 15. 11. Laparotomie, Incision parallel der linken Seite des Bauchwandtumors, kleine Cyste des linken Ovariums, Entfernung dieser. Der Bauchwandtumor besteht aus einem mehrere Zentimeter dicken entzündlichen Gewebe, ausgehend von den tieferen Schichten der Bauchdecken, die obere Partie ist mit einem Convolut von Dünndarmschlingen fest verwachsen. Die stumpfe Trennung dieser Adhäsionen erweist sich als undurchführbar, daher partielle Resektion eines großen Stückes des nicht verwachsenen Anteils des Tumors, der im unteren Abschnitte nahe der Blasenwand einen kleinen Absceß birgt. Die sehr zerreißliche Narbe nach der Myomotomie, der rechten Uterusecke blutet konstant trotz Umstechung; daher supravaginale Uterusamputation. Naht der Bauchwand, Drainage im untern Pole. Verlauf ungestört. Mehrfach Abgang von Seidenligaturen durch die drainierte Fistel. Langsame Abnahme des ganzen Infiltrates. — Die mikroskopische Untersuchung ergibt einen chronischen Granulationstumor mit Einlagerung bindegewebiger Streifen, demnach ein entzündliches Desmoid. Der extierpierte Tumor gehört in die Reihe jener Fälle, die schon von Schloffer, Haim, Bakes, Ehler u. a am häufigsten nach Hernienoperationen als entzündliche Tumoren, entstanden um infizierte Ligaturfäden, mehrfach beschrieben wurden. *Pietrzikowski* (Prag).

Hunter, Q. W., Celiotomy in infancy and early childhood. (Die Laparotomie im Kindesalter.) Americ. journal of surg. **27,** S. 104—110. 1913.

Entgegen der seit langer Zeit allgemein verbreiteten Anschauung, daß ein chirurgisches Eingreifen bei Kindern mit ungleich größeren Gefahren verbunden sei, als bei Erwachsenen, kommt Hunter auf Grund zahlreicher Beobachtungen und Erfahrungen zu dem Ergebnis, daß Kinder, selbst im frühesten Alter, keineswegs ungeeignete Objekte operativer Maßnahmen, insbesondere der Laparotomie, darstellen. H. erhebt jedoch folgende Forderungen: 1. Die Narkose nach Tunlichkeit abzukürzen; 2. peinlichst auf die Blutstillung zu achten und selbst bei geringen Blutverlusten mit Kochsalzinfusionen nicht zu zögern; 3. den Körper des Kindes vor Abkühlung zu schützen und 4. vor und nach der Operation keine längere Pause in der Verabreichung von Nahrung eintreten zu lassen. H. beruft sich auf eine Reihe von Autoren, welche feststellen konnten, daß eine kurze Narkose von Kindern gut vertragen wird. Chloroform erweist sich im allgemeinen als vorteilhafter. Die Gefahr des Shocks ist bei Kindern unter 3 Monaten nicht so groß als bei älteren. Verf. kommt dann auf Appendicitis im Kindesalter zu sprechen. Trotz der schlechten Resultate anderer Chirurgen ist H. im Hinblick auf seine Erfahrungen der Überzeugung, daß unter den geeigneten Maßnahmen selbst schwere Appendicitisfälle erfolgreicher chirurgischer Behandlung zugänglich sind. Auch hinsichtlich der chirurgischen Behandlung der Peritonitis und komplizierter Fälle, wie Intussuszeption und dergleichen, warnt Verf. vor der pessimistischen Anschauung, die Operation lediglich als Ultima ratio zu betrachten. Der Aufsatz enthält zahlreiche kurze Angaben über Bauchoperationen, welche mit Erfolg an Kindern — das jüngste 16 Tage alt — ausgeführt wurden. *Saxinger* (München).

Poddighe, Antonio, Sulla permeabilità delle pareti intestinali ai batteri e sull' azione protettiva dell'epiploon. (Über die Durchlässigkeit der Darmwandungen für Bakterien und über Schutzwirkung des Netzes.) (*I. clin. chirurg., univ., Napoli.*) Rif. med. **29,** S. 313—321. 1913.

Verf. sucht experimentell festzustellen, bis auf welche Schichten man die Darmwand von außen ablösen kann, ohne daß Peritonitis auftritt, und prüft hierbei die Schutzfunktion, welche das Netz übernimmt. Bei Hunden wurde die Darmserosa

und beide Muskelschichten auf 10 cm Länge abgetragen. In einer I. Versuchsreihe mit intaktem Netz wird bewiesen, daß die nur mit Submucosa bekleidete Schleimhaut keine Bakterien durchtreten läßt, weil hierbei stets spontan eine vollkommene Netzbedeckung und -Verwachsung eintritt. Die Peritonealflüssigkeit blieb stets steril. Der histologische Befund ergab fibrinöse Verklebung, welche später organisiert wurde. Struktur der Schleimhaut intakt. In einer II. Serie wurde außerdem das freie Netz abgetragen. Stets trat Bakterieninvasion und Infektion ein, außer in den Fällen, wo umgebende Darmschlingen ausgedehnte Verwachsungen gebildet hatten. Hierbei konnten die Tiere am Leben bleiben. Charakteristische Veränderungen waren an der Schleimhaut zu erkennen. Perforation wurde allerdings nie beobachtet; aber regelmäßig ausgedehnte Blutungen, Leukocyteninfiltration der Submucosa. Bei einer III. Gruppe wurde nur Serosa und äußere Muscularis abgetragen und das Netz entfernt. Die Peritonealflüssigkeit blieb frei von Keimen. Eine Muskelschicht allein bietet also genügenden Schutz. Das mikroskopische Bild zeigte eine intakte Schleimhaut. Bei weitgehender Ablösung bieten die Netzadhäsionen einen vorzüglichen Schutz. Es ist zu denken an baktericide, rein mechanisch protektive, oder schließlich an nutritive Einflüsse, welche einzeln oder vereint zur Geltung kommen. In einer IV. Reihe hat Poddighe die Netzverwachsungen gelöst, und von der fibrinösen Trennungsschicht Kulturen angelegt, welche alle steril blieben. Dies führt zu dem Resultate, daß neben der mechanischen Deckung die neugebildeten Capillaren, welche vom Netz ausgehen, eine reichliche Ernährung des entblößten Darmstückes garantieren und damit eine Durchlässigkeit der Schleimhaut verhindern.

Hotz (Würzburg).

Pilcher, James Taft, Post-operative gastroenteric paresis. (Postoperative Magendarmparese.) Med. record **83**, S. 378—381. 1913.

Während von 225 durch Nicoll gesammelten Fällen 65—70% gestorben waren, verzeichnet Verf. bei 60 von ihm beobachteten Fällen nur eine Mortalität von 5%. Frühzeitiger Diagnose und richtiger Behandlung schreibt er es zu, daß von den letzten 20 Fällen keiner starb. Nach einigen historischen Bemerkungen bespricht Verf. eingehend Ätiologie, Symptomatik und Therapie der Erkrankung. Klinische Erscheinungen: Magendilatation an sich kommen ohne Operation nach schwächenden Krankheiten vor, durch cerebrale oder spinale Reizung, bisweilen auch durch übermäßigen Genuß von Speise und Trank, in anderen Fällen wieder nach Genuß geringer Mengen bestimmter, meist harmloser Speisen, durch enorme Gasbildung. In einem Falle konnte Verf. nach mäßigem Genuß von Hering und Kaviar eine enorme, mit Bewußtlosigkeit einhergehende Dilatation des Magens beobachten. Durch die eingeführte Schlundsonde entwich das Gas zischend. Nach einer Viertelstunde derselbe Zustand; nochmalige Sondierung und Magenspülung brachte Heilung. Verf. nimmt eine Toxinwirkung an und führt die Bewußtlosigkeit auf die Verlagerung des Herzens durch Hochtreibung des Zwerchfells zurück. Die Mehrzahl der postoperativen Fälle ereignet sich nach Gallenblasenoperationen, seltner nach Eingriffen am Wurmfortsatz, Kolon oder Nieren. Das Prädilektionsalter liegt zwischen 25 und 35 Jahren. — Ätiologie: Nach Experimenten lähmt Splanchnicusreizung die Peristaltik (Murphy, Cannon), Durchschneidung der Vagi ist gefolgt von Magendilatation (Braun und Seidel), die auch durch Reizung des Ganglion semilunare erzeugt werden kann (Further, Smith). Kelling und Payer beschuldigen das Narkoticum. Dagegen wurde Magendilatation auch nach Lokalanästhesie und nach Amputationen beobachtet. Prodrome: Unruhe, Niedergeschlagenheit, intensiver Durst, sehr frequenter, weicher Puls. Erbrechen: Wird häufig als verlängerte Narkosenwirkung gedeutet und die Dilatation daher zu spät erkannt. Auftreibung: Pflegt nicht auf den Magen beschränkt zu sein, höchstens im linken Hypochondrium etwas ausgeprägter. Schmerzen: In einigen Fällen Schmerzpunkt an der Kreuzungsstelle von Mesenterium und Duodenum. Durst: Oft unstillbar, da Flüssigkeit vom Magen

aus nicht resorbiert wird. — Differentialdiagnose: Akute Pankreatitis: Magensonde erweist das Fehlen der Magendilatation. Würgreflex vorhanden. — Akuter Darmverschluß: Magen klein, Erbrechen fäkal. Perforationsperitonitis: Vermehrte Leukocythose, Bauchdeckenspannung. Prognose: Bei Nichtbehandlung 70% Mortalität, bei richtiger Behandlung 0%. Prophylaxe und Behandlung: Gründliche Darmentleerung vor der Operation (Hormonal!). Keine unnötigen Manipulationen in der Bauchhöhle, besonders im Oberbauch. Eingießung von $^1/_2$ Liter Kochsalzlösung ins Rectum nach der Operation. — Aktive Behandlung: Magenspülung, ev. wiederholt. Reizende Darmklysmen (Terpentin oder Alaun). Subcutane Injektion von Eserin, Hormonal. Tröpfcheneinlauf. Trockendiät. Bei Nichtoperierten Knie-Ellenbogen- oder Bauchlage. — Operative Behandlung: Nicht empfehlenswert 100% Mortalität. *Krüger* (Weimar).

Knapp, Mark J., The newer teachings of diseases of the gastrointestinal canal. (Neuere Lehren von Erkrankungen des Magen-Darmkanals.) New York med. journal **97**, S. 221—224. 1913.

Besprechung der allgemein gebräuchlichen Methoden zur Untersuchung der motorischen und sekretorischen Funktion des Magens. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Tennant, C. E., and G. H. Stover, A case of complete visceral transposition. (Ein Fall von vollständiger Umlagerung der Eingeweide.) Internat. journal of surg. **26**, S. 23—28. 1913.

24jährige, verheiratete Amerikanerin litt an chronischer, mit häufiger Gasansammlung einhergehender Obstipation, besonders aber an Schmerzattacken über dem rechten Darmbein in der Gegend des Mc. Burneyschen Punktes. Da von sechs Chrirurgen chronische Appendicitis angenommen worden war, beschloß die Kranke, sich operieren zu lassen. Die nochmals vor derselben vorgenommene allgemeine Untersuchung ergab Verlagerung aller linksseitigen Eingeweide auf die rechte Seite und umgekehrt. Die Collargol-Röntgenaufnahme der Nieren ergab eine rechtsseitige Hydronephrose als Ursache der Beschwerden. *Krüger* (Weimar).

Oppel, W., Zur Frage der Zwerchfellresektion. (*Chirurg. Klin. des Prof. W. Oppel, St. Petersburg.*) Chirurgitscheski Archiv Weljaminowa **29**, S. 10—21. 1913. (Russisch.)

Zwerchfellresektionen sind in Rußland zuerst von Gorochoff und Derjushinsky ausgeführt worden. Der Fall Oppels betraf einen 61jährigen Mann mit großem Tumor in der rechten Oberbauchgegend (Größe: 29×20 cm). Der periphere Teil des Tumors von fester Konsistenz, im Zentrum elastisch mit Fluktuation. Basis des Tumors unverschieblich, im Zentrum mit der Haut verbacken. Allgemeine Kachexie. Dauer der Erkrankung einige Jahre, in den letzten 6 Monaten rasches Wachstum. Klinische Diagnose: Sarkom der 10. Rippe mit Proliferation in die Bauchmuskeln. Operation in intravenöser Hedokalnarkose. Ovaler Schnitt mit horizontalen Supplementärschnitt längs der 10. Rippe. Durchtrennung derselben in der Nähe der Wirbelsäule. Zwecks radikaler Entfernung mußte sowohl das Peritoneum, als auch die Pleura eröffnet werden. Es erwies sich, daß der Tumor auf das Zwerchfell übergegangen war und die Pleura diaphragmatica in großer Ausdehnung vorwölbte. Das Peritoneum diaphragmaticum war an einigen Stellen vom Tumor durchwachsen und einzelne von den Sarcomknoten ragten in die freie Bauchhöhle. Leber nicht affiziert, aber stark atrophisch. Resektion des Diaphragmas in einer Ausdehnung von 300 q. Der Peritonealdefekt wurde durch Einnähung des großen Netzes gedeckt und die Pleurahöhle von der Bauchhöhle durch Interposition der Leberkuppel isoliert. Der entfernte Tumor wog 3 kg und ging von der 10. Rippe aus. Glatte Heilung. 2 Wochen nach der Operation kam es zu einer Implantationsmetastase auf der Leberkuppel, welche operativ entfernt wurde.

Verf. kommt zum Schluß, daß Thoraxwandresektionen wenn möglich unter Anwendung des Druckdifferenzverfahrens zu operieren sind. Ferner ist darauf zu achten, daß der Tumor in einem Stück, d. h. Diaphragma mit den anliegenden Brust- und Bauchwandmuskeln entfernt wird. Häufig wird es gelingen, den Zwerchfelldefekt durch Naht zu schließen; wenn die Naht unmöglich ist, so muß der Defekt auf plastischen Wege ersetzt werden. Rechts kann hierzu — wie im vorliegenden Fall — die Leberkuppel verwandt werden. Auch links kann die Leber zu diesem Zwecke herangeholt werden (Anschütz). Der Magen eignet sich nicht zum Zwerchfellverschluß. Auch die Mobilisation der Kostalinsertion des Zwerchfells nach Groß kann indiziert sein.

Hesse (St. Petersburg).

Bornstein, Max, Temporary embolism of the mesenteric artery. (Vorübergehende Embolie der Arteria mesenterica.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 513—514. 1913.

Eine 27 jährige Frau mit Endokarditis unklarer Herkunft kam wegen ganz akut auftretender heftiger Schmerzen im Bauch unter Kollapserscheinungen zur Laparotomie. Der Darm erwies sich als völlig kontrahiert und blutleer. Beim Manipulieren am Darm bekam derselbe plötzlich sein normales Aussehen wieder. Da nach der Operation eine Embolie der linken A. poplitea eingetreten war, die zur Gangrän und Amputation führte, so glaubt Verf. als Ursache der abdominalen Erscheinungen eine vorübergehende Verlegung der A. mesenterica durch einen Embolus annehmen zu müssen, welcher in die Aorta zurückgeschwemmt wurde und sich in der A. poplitea endgültig festfuhr. *Hartert* (Tübingen).

Ruland, Wilh., Ein Fall von Darmverschluß durch Ascariden. Therapie d. Gegenw. **54,** S. 119—121. 1913.

Für die Möglichkeit des Ileus verminosus älterer Ärzte sprechen folgende Fälle:

7 jähriger Knabe, der vor Jahresfrist bei einer Wurmkur 49 Spulwürmer verlor, bekam nach 14 tägigem Kränkeln (schlechtes Aussehen, Leibschmerzen) heftiges, schließlich fäkulentes Erbrechen. Dünndarmsteifungen deutlich sichtbar. Darreichung eines Wurmmittels und Abführmittels durch die Eltern vor Eintreffen des Arztes. Am 3. Krankheitstage Aufhören des Erbrechens, am 4. Abgang von 47 zu einem Paket verschlungenen Spulwürmern. Danach sofortiges Wohlbefinden. In einem ähnlichen Falle des Verf. trat der Tod ein; Operation und Obduktion verweigert.

Budde (Krefeld) hat nach Mitteilung an Verf. einen Fall als Appendicitis operiert, dabei ein von Spulwürmern obturiertes Ileum gefunden und dieses manuell ausgestrichen, Heilung. — Empfehlung der Extr. chenopodii anthelminthici zur Wurmkur nach Vorschrift von H. Brüning. *Bulius* (Potsdam).[M]

Ducuing, J., et Florence, De la valeur de la ponction exploratice du cul de sac de Douglas dans un cas de rupture d'une branche de l'artère mésentérique chez une femme enceinte. (Über den Wert der Probepunktion des Douglas bei einem Falle von Ruptur eines Astes der Art. mesenterica bei einer Schwangeren.) Sem. gynécol. **18,** S. 57—58. 1913.

Pat. zeigte bei der Einlieferung ängstlichen Gesichtsausdruck, starke Dyspnöe (Resp. 50) bei kräftigem Puls (90), Abdomen kontrahiert, unbestimmte Schmerzen im Abdomen. Graviditas mens. VIII. Uterus tetanisch, keine Herztöne. I. Schädellage. Seit 48 Stunden weder Stuhl noch Flatus. Es wird Obturationsileus aus unbekannter Ursache angenommen. Nach Einlauf und Ricinus erfolgte Stuhlgang und Flatus, auf Morphin-Atropin Nachlaß der Schmerzen. Nach einigen Stunden jedoch setzten die früheren Symptome verstärkt ein, der Puls blieb noch gut. Jetzt wurde durch Metreuryse der Partus eingeleitet, der nach 4 Stunden spontan erfolgte. Nach geringer Erleichterung Fortdauer der Symptome, man fühlt Flüssigkeit im Abdomen. Es wird Peritonitis angenommen. Eisblase, Campherinjektionen, keine Operation. Am nächsten Morgen Probepunktion des Douglas, ergibt stark sanguinolente Flüssigkeit. Operation unterblieb wiederum wegen Mangel an Assistenz. Nachdem die aspirierte Flüssigkeit als Blut mikroskopisch bestätigt war, sollte operiert werden, aber jetzt mußte erst auf die Eltern der Pat. gewartet werden. Der Puls war bis dahin noch gut. Inzwischen aber trat Kollaps ein, der Puls wurde fadenförmig, so daß Verff. die Operation nicht mehr wagen wollten. Exitus nach einigen Stunden. Autopsie: Abdomen voll Blut. Ruptur eines Astes der Art. mesenterica mit beginnender Gangrän des zugehörigen Darmstückes.

Verff. betonen den diagnostischen Nutzen der Douglas-Punktion und bedauern, daß dieselbe nicht häufiger angewendet wird. *Semon* (Königsberg i. Pr.).[G]

Bauchfell:

Pantzer, Hugo O., How does laparotomy cure tuberculous peritonitis? (Wodurch wirkt die Laparotomie bei tuberkulöser Peritonitis?) Americ. journal of obstetr. **67,** S. 297—304. 1913.

Bei Laparotomie wegen tuberkulöser Peritonitis ist weder der Luftzutritt zum Peritoneum noch die Einführung von Medikamenten, noch die Sonnenbestrahlung, noch irgendwelche andere Maßnahme das heilende Agens. Dieses ist vielmehr in einem bei der Laparotomie freiwerdenden autogenen Tuberkulin mit seinen Antikörpern zu suchen. Verf. führt darauf auch die mit der Laparotomie einsetzende Heilung anderer gleichzeitig im Körper vorhandener tuberkulöser Herde zurück. Eine ausführlich mitgeteilte Krankengeschichte wird als Beleg für diese Annahme angeführt. *Strauss* (Nürnberg).

Hernien:

Clément, Léon, Hernie propéritonéale étranglée consécutive à une éventration. (Eingeklemmte properitoneale Hernie nach einer Laparotomie.) Prov. méd. **26,** S. 118—119. 1913.

2 Tage eingeklemmte Hernie in einer Bauchnarbe. Diese war entstanden durch eine 10 Jahre zuvor ausgeführte Laparotomie zur Fixation des Uterus; die Wunde hatte damals geeitert. Der Bruchsack war mehrkammerig, die Einklemmung in den verschiedenen Kammern verschieden stark. *Herzfeld* (Berlin).

Goldstein, Hyman, Strangulated hernia, a clinical case. (Hernieneinklemmung.) New York med. journal **97,** S. 447—452. 1913.

Murray, R. W., The etiology of cysts connected with hernia sacs. (Zur Ätiologie der Bruchsackcysten.) Lancet **184,** S. 746—748. 1913.

Murray fand bei der Radikaloperation von Leistenhernien einmal am Grunde des Bruchsackes zwei offene Fortsätze. An dem Ende des kürzeren saß eine prall gefüllte Cyste, während der andere hinter derselben, eng mit ihr verwachsen, vorbeizog und als fibröser Strang an der Tunica vaginalis des Hodens endete; in einem anderen Falle lag eine große mit klarem Inhalt gefüllte Cyste der Vorderfläche des Bruchsackes unmittelbar auf. Zur Erklärung der Entstehung der Cysten geht M. davon aus, daß der Proc. vaginalis durch das Leitband abwärts gezogen wird. Die Obliteration des Processus kann an jedem Punkte auftreten. Setzt nun das Leitband am Peritoneum gedoppelt an, so kann es leicht zur Bildung zweier Proc. vaginales kommen. In dem 1. Fall, bei dem die Ansätze des Leitbandes wahrscheinlich nahe aneinander lagen, reichte die Doppelung des Proc. nicht bis zum Abdominalring. Beide Proc. mündeten in eine Erweiterung, den Bruchsack. Der eine Proc. obliterierte in seinem unteren Abschnitt nach Bildung der Tunica vaginalis, bei dem kürzeren obliterierte die Mitte und es bildete sich so abwärts davon die Cyste, während der obere Abschnitt offen blieb. In dem 2. Fall reichte die Doppelung bis zum Abdominalring. Der eine Proc. blieb oben offen, unten obliterierte er nach Bildung der Tunica vaginalis; er gab den eigentlichen Bruchsack ab, der andere obliterierte proximal und bildete so die dem Bruchsack eng anliegende Cyste. Der Aufsatz ist durch zahlreiche schematische Zeichnungen illustriert. *Bernard* (Berlin).

Magen, Dünndarm:

Carlson, A. J., Contributions to the physiology of the stomach. 2. The relation between the contractions of the empty stomach and the sensation of hunger. (Beiträge zur Physiologie des Magens 2. Die Beziehungen zwischen Kontraktion des leeren Magens und Hungergefühl.) (*Hull physiol. laborat., univ. of Chicago.*) Americ. journal of physiol. **31,** S. 175—192. 1913.

Experimentelle Untersuchungen an einem wegen impermeabler Oesophagusstenose seit 16 Jahren Gastrostomierten ergaben, daß das Hungergefühl durch die Kontraktionen des leeren Magens hervorgebracht wird und der Zeitpunkt des Einsetzens und die Intensität des Hungergefühls genau dem Auftreten und der Stärke der Kontraktion entsprechen. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Carlson, A. J., Contributions to the physiology of the stomach. 3. The contractions of the empty stomach inhibited reflexly from the mouth. (Beiträge zur Physiologie des Magens. 3. Die reflektorische Hemmung der Kontraktionen des leeren Magens vom Munde aus. (*Hull physiol. laborat., univ. of Chicago.*) Americ. journal of physiol. **31,** S. 212—222. 1913.

Nicht nur durch das Kauen von eßbarem Material, sondern auch durch in den Mund eingebrachte Flüssigkeiten, durch Kauen von indifferentem Material (Paraffin, Stroh usw.) und durch den Schluckakt allein, werden die Magenkontraktionen reflektorisch gehemmt. Durch die Aufhebung der Kontraktionen wird sekundär das Hungergefühl beseitigt. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Chase, Richard F., Recent observations on the influence of the position of the stomach on certain aspects of gastroptosis. (Neue Beobachtungen über den Einfluß der Lage des Magens auf gewisse Erscheinungen von Gastroptose.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 421—423. 1913.

Chase weist darauf hin, daß der Magen je nach Stellung des Patienten bei der Röntgenaufnahme ganz verschiedene Lagen einnehmen kann. Man hat so vielfach

Fälle als Magentiefstand gedeutet, die in der Tat nicht als solche anzusprechen waren. Die Anzahl der Gastroptosen ist daher keineswegs so groß, als früher angenommen wurde. Der Magen steht normalerweise tiefer, Beobachtungen, die sowohl mit den diagnostischen Feststellungen mit Hilfe der alten Methoden, wie mit Operationsbefunden übereinstimmen. Verf. rühmt die Vorzüge der Röntgenstrahlen zur Feststellung der Magenmotilität, der Entleerungsstörungen usw. Für die Annahme einer Gastroptose ist zu fordern, daß der untere Magenrand tatsächlich unterhalb des Nabels steht. *Hoffmann* (Dresden).

Pfahler, George E., The Roentgen rays in the diagnosis of gastric and duodenal ulcer. (Die Röntgenstrahlen bei der Diagnose des Magen- und Duodenalgeschwüres.) Americ. quart. of Roentgenol. **4,** S. 156—164. 1913.

Die Entwicklung der Röntgendiagnose des Magen- und Duodenalgeschwüres knüpft sich ausschließlich an die Namen deutscher Forscher. Die Geschwürssymptome lassen sich gruppieren nach solchen der Perforation, der Reizung und der sekundären Erscheinungen. Zu den ersten gehören: Schatten und Gasansammlung außerhalb der normalen Grenzen, Adhäsionen, Füllungsreste außerhalb usw. Zu den zweiten: spastische Contracturen mit langem Verweilen der Ingesta bei normalen Magengrenzen. Zu den dritten: Stenose, Ektasie, Fixation, Verziehung usw. Nach diesen Gesichtspunkten wird nun die Diagnose des penetrierenden, des floriden und des callösen Magengeschwüres besprochen; im Anschluß daran die des Duodenalgeschwüres. Verf. kommt zu den Schlüssen, daß das Magengeschwür sichere Symptome für die Röntgendiagnose ergibt, daß Charakter und Lage des Geschwüres bestimmt werden können, und daß damit gute Hinweise für die Behandlung und bei chirurgischer Behandlung für die Art des Eingriffes gegeben werden. Auch einige Zeichen für das Duodenalulcus können sich ergeben. Dabei sollen die Anamnese und andere klinische Untersuchungsmethoden zur Sicherung einer exakten Diagnose nicht vernachlässigt werden. (16 instruktive Röntgenbilder auf Tafeln.) *Hoffmann* (Dresden).

Glaessner, Karl, und Sigmund Kreuzfuchs, Über den Pylorospasmus. (*IV. med. Klin. u. Röntgeninst. d. allg. Poliklin., Wien.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 582—583. 1913.

Verff. stehen auf dem Standpunkte, daß die Magenbewegungen nicht nur vom Magen selbst resp. seiner Sekretion, sondern von jenseits des Magens gelegenen Partien des Verdauungskanals und ihren Sekretionsverhältnissen, namentlich des Duodenums beeinflußt werden (Pawlows Chemoreflex). Sie haben mittelst des Röntgenverfahrens Untersuchungen über den Pylorospasmus bei Ulcus ventriculi, Achylia gastrica, Ulcus duodeni, Gallen- und Pankreasaffektionen angestellt. Sie unterscheiden den Immediatpylorospasmus und den Tardiopylorospasmus. Der erstere tritt bei Ulcus ventriculi bald nach Auffüllung des Magens unter Schmerzen ein; er ist für das Ulcus ventriculi charakteristisch. Er kann sich nach kurzer Zeit lösen, muß also nicht mit einer Verlängerung der Aufenthaltszeit der Ingesta im Magen einhergehen. Im Gegensatz dazu tritt der Tardiopylorospasmus bei duodenalen Affektionen (Affektionen des Duodenums, der Gallenwege, oder des Pankreas) auf, und zwar ebenfalls synchron mit den Schmerzen, also erst im weiteren Verlauf der Verdauung. Der Schmerz ist bei beiden Affektionen durch dieselbe Ursache, nämlich durch den Pylorospasmus bedingt, wie auch die Lage des spontanen Schmerzpunktes bei beiden Affektionen dieselbe ist; er ist dagegen nicht bedingt durch die mechanische und chemische Inanspruchnahme des betreffenden Organs, wie die Verff. näher ausführen. Bei der Frage des Pylorospasmus wie des physiologischen Pylorusreflexes kommt es auf das Verhältnis zwischen Magenacidität und Alkalescenz des Duodenums an. Die Verff. haben die folgende Formel aufgestellt: HCL größer als Alkalescenz = Pylorusverschluß resp. Pylorospasmus. HCL = oder kleiner als Alkalescenz = offener Pylorus und Magenautomatismus. Man kann aus der Acidität allein keinen Schluß auf den Pylorusverschluß

ziehen. Beim Menschen entspricht der Säurewert des Magens jederzeit und unter allen Umständen physiologischerweise dem Alkaliwert des Pankreassaftes. *Oehler.*

Kondring, Heinrich, Primäres Cystosarkom des Magens. (*Prov.-Frauenklin., Posen.*) Zentralbl. f. Gynaekol. **37,** S. 417—419. 1913.

Genaue Beschreibung der Kranken- und Operationsgeschichte eines cystischen, gestielten mit Inhalt 17 Pfund schweren Spindelzellensarkoms der großen Magenkurvatur, das vor der Laparotomie als Ovarialcystom angesprochen worden war. Differentialdiagnostische, therapeutische und prognostische Erörterungen an der Hand der bisher bekannten 154 Fälle. Literatur. *Thiemann* (Jena).

Klopfer, E., Ein Fall von Ulcus pylori perforativum. (*Städt. Obuchowkrankenh., St. Petersburg.*) Petersb. med. Zeitschr. **38,** S. 60. 1913.

Bericht über einen durch Operation geheilten Fall von perforiertem Ulcus pylori. Die Perforation hatte 5 Stunden vorher stattgefunden. Die Operation bestand in Eröffnung der Bauchhöhle vom Schwertfortsatz zur Symphyse, Übernährung des Ulcus in 2 Etagen, Ausspülung des galligen Bauchhöhleninhalts mit heißer Kochsalzlösung, Anlegung einer hinteren Gastroenterostomie mittels Murphyknopf und Tampondrainage der Bauchhöhle. Verlauf durch Pneumonie und profuse Magenblutung am 10. Tage kompliziert. Von 50 perforierten Magengeschwüren wurden im Obuchow-Männerhospital nur 5 geheilt. *Krüger* (Weimar).

Weber, Wilhelm, Über einen weiteren Fall von Atresie des Duodenums. (*Städt. Säuglingsheim, Dresden.*) Med. Klin. **9,** S. 411—413. 1913.

Es handelte sich um einen Fall von membranösem Verschluß des Duodenums im aufsteigenden Schenkel mit feinster Öffnung am mesenterialen Rande der Membran; dieser Befund erklärt die Entleerung von Mekonium und später von Milchstühlen. Die hintere Gastroenterostomie überlebte das Kind nur 6 Stunden. — Bezüglich der Genese schließt sich Verf. den Ergebnissen der einschlägigen Arbeiten des Referenten an. Die klinische Diagnose des angeborenen Duodenalverschlusses ist im allgemeinen nicht schwierig; die Therapie kann nur eine chirurgische sein, hat aber bisher nur in einem einzigen Fall zu einem Dauererfolg geführt (Fockens). *Kreuter* (Erlangen).

Meyer, W. R., Über einen Fall von anämischem Infarkt des Dünndarms. (*Pathol.-anat. Inst., Univ. Charkow.*) Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. **24,** S. 197—200. 1913.

Schilderung eines typischen anämischen Infarktes (70jähr. Mann) mit Nekrose der Mucosa und Submucosa infolge von chronischer obliterierender Endarteriitis mit akuter Thrombose und gleichzeitigem thrombotischem Verschluß der zugehörigen Venen. *Kleinschmidt* (Leipzig).

Wurmfortsatz:

Atkinson, J. Lee, The case for early operation. (Die Frage der Frühoperation.) Austral. med. journal **2,** S. 897—900. 1913.

Gonzalez, J., La tiflitis y la apendicitis. (Die Typhlitis und die Appendicitis.) Gaceta méd. del Sur de España **31,** S. 129—131. 1913. (Spanisch.)

Steinmann, Fr., Ausschaltung des Wurmfortsatzes. Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 423—424. 1913.

Steinmann machte anläßlich einer Intermediäroperation die „Ausschaltung des Wurmfortsatzes" nach Kofmann. Er durchtrennte den Wurmfortsatz an der Basis, verschloß die Abgangsstelle am Coecum und den Appendixstumpf. — 2 Tage später erneuter Anfall. — Relaparotomie. Exstirpation des perforierten, von Eiter umspülten Wurmfortsatzes, aus dem ein Kotstein ausgetreten war. — St. spricht dies Verfahren als einen chirurgischen Mißgriff an und warnt vor weiteren Nachahmungen. *Cohn* (Berlin).

Zahradnicky, O výsledcích operace appendicitidy v. r. 1912 a výsledcích operace v průběhu patnactí let (1898—1912). (Über die Erfolge der Appendicitisoperation im Jahre 1912 und die Erfolge dieser Operation im Verlaufe der letzten 15 Jahre (1898—1912). Čas. lék. česk. **52,** S. 226—232. 1913. (Tschechisch.)

Im Jahre 1912 wurde 83mal bei Wurmfortsatzerkrankung operiert mit 5 Todesfällen = 6% Mortalität. 62 Fälle wurden im Anfalle, hievon 47 in der Zeit der ersten 48—72 Stunden mit 2 Todesfällen (4,2%) 15 Fälle nach Ablauf der 72 Stunden im intermediären Zeitraume mit 3 Todesfällen (20%) operiert; 21mal wurde die Operation im anfallfreien Stadium ohne Todesfall durchgeführt. Unter den 47 Fällen befanden sich 7 Fälle von Gangrän des Appendix mit diffuser Peritonitis (1 Todesfall) 20 Fälle von Gangrän mit umschriebener Peritonitis (1 Todesfall), 5mal umschriebene eitrige Peritonitis ohne Todesfall und in 15 Fällen einfache

Appendicitis ohne Todesfall. Bei den im intermediären Stadium, nach 72 Stunden operierten 15 Fällen bestand 3 mal Gangrän des Appendix mit diffuser Peritonitis (3 Todesfälle) 5 mal Gangrän mit umschriebener Peritonitis ohne Todesfall und ebenso 7 mal einfache Entzündung ohne Todesfall. Auf 27 Fälle von Gangrän des Appendix fallen 2 Todesfälle, einmal bei diffuser, einmal bei umschriebener Peritonitis, dieser letztere Fall infolge sekundären Ileus, trotz nachträglicher Enteroanastomose. Bei 7 Fällen schon bestehender diffuser Peritonitis ereignete sich 1 Todesfall = 14,2% Mortalität, bei 25 Fällen umschriebener Peritonitis 1 Todesfall = 4% Mortalität. In der Zeit vom Jahre 1898—1912 inklusive wurden im ganzen 504 Fälle operiert mit 32 Todesfällen = 6,3% Mortalität. 162 mal wurde im Anfalle operiert in der Zeit der ersten 48—72 Stunden (12 Todesfälle), 79 mal im intermediären Zeitraum nach 72 Stunden (25 Todesfälle), 263 mal im anfallfreien Stadium (1 Todesfall). Daraus erhellt schon die günstige Prognose der frühzeitigen Operation (10,8% Mort.), während bei bereits eingetretener diffuser Peritonitis und operativer Behandlung im intermediären Stadium die Mortalität bis 100% beträgt. Sind in diesen Fällen die allgemeinen Bedingungen nicht günstig, ist es besser, von jeder Operation abzusehen. Handelt es sich um umschriebene Peritonitis, soll selbst in intermediärem Stadium operiert werden, denn die Erfolge der frühzeitigen und intermediären Operation differieren kaum (1,6% gegen 1,8% Mort.), Unbedingt ist eine frühzeitige Operation im Anfalle indiziert und dies schon mit Rücksicht auf eine etwa drohende diffuse Peritonitis, da die klinischen Symptome leicht täuschen können. Der einzige Todesfall der 263 im anfallfreien Stadium operierten Fälle erfolgte an Embolie der Pulmonalarterie. Die nach der Operation der Appendicitis beobachteten Komplikationen (Darmfistelbildung, Adhäsionen, postoperative Hernien und die sog. Rezidiven) werden eingehend besprochen und 3 Fälle von sekundärem Ileus näher mitgeteilt, ebenso mehrere Fälle sog. Pseudorezidiven, die entweder durch eine entzündliche oder ulceröse Affektion des Coecums selbst, oder durch bei der Operation übersehene und nicht eröffnete Entzündungsherde bedingt sind. Schließlich wird in kurzen Zügen die infektiöse Ätiologie der Appendicitis, für deren Auftreten auch die Beobachtungen in bestimmten Häusern, Wohnungen, bei Mitbewohnern und bei mehreren Familienmitgliedern geltend gemacht werden, und die schon von Melchior am 41. Chirurgenkongresse, namentlich bei Privatpatienten öfter beobachtete Form der familiären Appendicitis näher erörtert. *Pietrzikowski* (Prag).

Meyer, Oswald, Zur Kasuistik der Epityphlitis bei Scharlach sowie der wiederholten Scharlacherkrankung. Berl. klin. Wochenschr. **50**, S. 488—492. 1913.

Verf. bringt die Krankengeschichten von 2 Scharlach- und 1 Masernfall, bei denen sich zu Beginn der Erkrankung Schmerzen in der Blinddarmgegend mit lokaler Muskelspannung einstellten. Im 1. Falle schwanden die Baucherscheinungen in kurzer Zeit, zeigten sich aber wieder bei einem 10 Monate später auftretenden Scharlachrezidiv. Im 2. Falle entwickelte sich 8 Tage nach Ausbruch des Scharlachexanthems, dem Erscheinungen von leichter Epityphlitis vorangegangen waren, eine schmerzhafte Hautinfiltration in der rechten Unterbauchgegend mit Schwellung der Inguinaldrüsen. Während die Infiltration sich langsam zurückbildete, vereiterte eine der Drüsen. Im 3. Falle war 14 Tage nach Beginn des Masernexanthems eine halbfaustgroße epityphlitische Resistenz festzustellen, welche in 6 Wochen allmählich verschwand. Verf. nimmt ätiologisch für die bei akuten Infektionskrankheiten auftretenden Epityphlitissymptome eine Infektion des gesamten lymphatischen Apparates und damit auch des Wurmfortsatzes an. Im Gegensatz dazu sind die „Blinddarmschmerzen" bei Pneumonie in der Regel auf Irradiation von der Lunge oder Pleura zurückzuführen, ohne daß eine Epityphlitis besteht, was Verf. bei 3 Fällen, von denen einer operiert wurde, selbst beobachten konnte. Die Einwände, welche gegen die Annahme eines Scharlachrezidivs erhoben werden könnten, werden widerlegt, und den Leukocyteneinschlüssen wird dabei eine gewisse Beweiskraft für Scharlach zugebilligt. Versteckte Zweiterkrankungen dürften häufiger sein, als bisher angenommen, doch ist ihre Unterscheidung von nicht scarlatinösen Streptokokken-Anginen oft nicht möglich.

v. Khautz (Wien).

Dickdarm und Mastdarm:

Distaso, A., Über die Giftigkeit der normalen Dickdarmextrakte. (*Roy. inst. of publ. health, London.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig. **16**, S. 466—475. 1913.

Mit physiologischer Kochsalzlösung hergestellte Extrakte aus normalem Dickdarm gesunder Kaninchen und Meerschweinchen sind stark toxisch. Die toxische Substanz verhält sich wie eine Diastase, sie wird durch 60° vernichtet, durch Kerzen

zurückgehalten, von frischem Serum absorbiert, durch Alkohol unschädlich gemacht, durch Gelatine und Fibrin abgeschwächt. Salze sind der Giftigkeit günstig. Aus dem Dickdarm von Föten läßt sich keine derartige Substanz extrahieren. *Bessau* (Breslau).[K]

Eldridge, C. S., Surgery often the best remedy for chronic constipation. (Chirurgischer Eingriff als oftmals bestes Heilmittel bei chronischer Obstipation.) Internat. journal of surg. **26,** S. 21—22. 1913.

Verf. betrachtet die Obstipation nur als Symptom und betont die Nutzlosigkeit der Abführmittel und physikalischen Behandlungsmethoden, welche die Ursache nicht beseitigen. Letztere liegt oft in Läsionen des Rectums oberhalb des Anus, welche eine reflektorische, dauernde Kontraktion des Sphincters erzeugen. Innere Hämorrhoiden, Fissuren, Erosionen und Polypen kommen in Betracht, nach deren chirurgischer Behandlung auch die Obstipation verschwindet. *Krüger* (Weimar).

Stanton, Joseph, Diverticulitis. (Divertikelentzündung.) Boston med. a. surg. journal **168,** S. 343—346. 1913.

Der Verf. unterscheidet zwischen angeborenen (Meckelschen) und erworbenen (Dickdarm-)divertikeln, von denen er einen bzw. vier Fälle mitteilt. Beide Formen seien häufiger als man glaubt. Auf die Klinik der Dickdarmdiverticulitis geht er näher ein. Sie beansprucht ein besonderes Interesse, da $^1/_4$ der Fälle Anlaß zur Carcinombildung geben. Klinisch könnte man die Symptome der Flexurdivertikulitis (häufigste Lokalisation) vergleichen mit denen einer links gelegenen Appendicitis (Schmerzen, Fieber, Druckempfindlichkeit, Spannung, ev. entzündlicher Tumor im linken unteren Bauchquadranten). Attackenweises Auftreten. Vom Carcinom unterschieden durch Mangel von Blut im Stuhl. Verwachsungen machen Darmverschluß. Abscesse perforieren in die freie Bauchhöhle (Peritonitis) oder in die Weichteile des Beckens oder nach außen, stehen oft in offener Verbindung mit den Darmlumen. Ihre Incision hinterläßt hier und da Kotfisteln. Behandlung: Incision von Abscessen, Kolostomie bei plastischer Entzündung der Darmwand oder bei Darmverschluß, Resektion bei entzündlichem Tumor, bei multiplen Divertikeln oder bei Carcinomverdacht. *Ruge* (Frankfurt a. Oder).

Rybak, A. M., Zur Kasuistik der Fremdkörper des Darmes. Ärzte-Zeitung **20,** S. 347—348. 1913. (Russisch.)

Leib aufgetrieben, druckempfindlich, besonders in der Ileocoecalgegend, hier tympanitischer Schall, Temperatur erhöht, anhaltendes Erbrechen, starke Schmerzen im Leib, rechts. (Appendektomie ist vor 2 Jahren ausgeführt.) Zu diagnostischen Zwecken Laparotomie. Es wird ein Fremdkörper im Colon ascendens gefunden, da derselbe fest fixiert ist, wird der Darm eröffnet, der Fremdkörper entfernt. Glatter postoperativer Verlauf. Kranke wird geheilt entlassen. Der Fremdkörper erweist sich als Flügelknochen eines Huhnes, 3,5 cm lang. *v. Holst* (Moskau).

Leber- und Gallengänge:

Ogata, Tomosaburo, Beiträge zur experimentell erzeugten Lebercirrhose und zur Pathogenese des Ikterus mit spezieller Berücksichtigung der Gallencapillaren bei der Unterbindung des Ductus choledochus und der Ikterogenvergiftung. (*Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. **55,** S. 236—314. 1913.

Verf. stellt Versuche an Meerschweinchen, Ratten, Kaninchen, Mäusen, Hunden, Tauben, Fröschen an, um nach Unterbindung des Choledochus eine biliäre Cirrhose zu erzeugen. Er findet dabei nekrotische Herde, Gallengangs- und Bindegewebswucherung sowie Kernteilung der Leberzellen und Gallenpigmentstauung mit ihren Folgen. Er stellt ferner Untersuchungen über Vergiftungen mit Ikterogen einer Dymethylpyrrolverbindung an und beschreibt die Befunde. Der hierbei auftretende Ikterus läßt sich nicht auf Gallenstauung zurückführen, sondern muß hämatogener Natur sein. Vergiftungen mit Chloroform allein oder in Kombination mit Streptokokken oder Koliinfektion führten zu keinem Resultat. *Rost* (Heidelberg).

Julliard, Traitement chirurgical des cirrhoses du foie. (Die chirurgische Behandlung der Lebercirrhose.) Rev. méd. de la Suisse Romande **33,** S. 123—134. 1913.

Nur zwei Formen von Lebercirrhose sind nach Verf. für eine chirurgische Behand-

lung geeignet, die atrophische oder alkoholische und die hypertrophische Form. Erstere beginnt bei Männern mittleren Alters mit Verdauungsbeschwerden und einer Vergrößerung der Leber, wobei dieselbe hart und meistens schmerzhaft wird. Ikterus besteht gewöhnlich nicht. Später vermindert sich das Volumen der Leber und es tritt Ascites auf. Manchmal werden Magendarmblutungen beobachtet. Der Tod tritt früher oder später durch Marasmus ein. Die zweite hypertrophische Form unterscheidet sich von der ersten hauptsächlich dadurch, daß oft Ikterus auftritt, und daß der Asceites meistens fehlt. Die chirurgischen Eingriffe, welche gemacht wurden, um die Flüssigkeit zu entfernen sind folgende: Die Paracentese ist eine ungefährliche Operation und gibt momentan sehr gute Resultate. Sie muß aber sehr häufig wiederholt werden und ist daher wegen des starken Eiweißverlustes nur bei kräftigen Patienten ausführbar. Die seltenen Dauerresultate sind dadurch zu erklären, daß sich Adhäsionen des Netzes mit der vorderen Bauchwand bilden. Die Paracentese mit Dauerdrainage ist heute verlassen. Die einfache Laparotomie und die Laparotomie mit Drainage geben so unsichere Resultate und sind daher zu verwerfen. Die zweite Gruppe von Eingriffen bezweckt, den gestauten Blutstrom der V. portae mit Umgehung der Leber in die V. cava abzuleiten. Die Eck sche Fistel erreicht dies, indem bei Anlegung derselben eine Anastomose zwischen Pfortader und Cava gemacht wird. Die Operation wurde einige Male am Menschen ausgeführt, ist aber ein sehr schwerer und gefährlicher Eingriff und hat erst ein einziges Mal Erfolg gehabt. Die Verbindung der V. saphena mit der Bauchhöhle wurde dreimal ausgeführt, einmal trat Besserung ein. Die am meisten ausgeführte Operation ist die Omentopexie oder Talmasche Operation. Bei derselben wird nach einer Incision am besten schräg längs des Rippenbogens das Netz in verschiedener Weise an das Peritoneum parietale oder zwischen dasselbe und die Muskulatur befestigt. Die Operation ist indiziert, wenn die Diagnose sichersteht, die interne Therapie versagt und eine Entleerung der Flüssigkeit wegen Behinderung der Atmung, der Zirkulation oder der Ernährung notwendig wird. Die Operation gehört zu den gefährlichen, weil man meistens herabgekommene Individuen operiert, welche zu einer Infektion und zu den verschiedensten Komplikationen disponiert sind. Daher ist auch die operative Mortalität eine relativ hohe, sie beträgt ca. 20%. Die Dauerresultate sind nach den verschiedenen Statistiken sehr verschieden, doch kann man sagen, daß in ca. 50% der Fälle eine Heilung zu erwarten ist, wobei die Fälle von hypertrophischer Cirrhose mehr Chancen geben als die atrophischen Formen. *v. Winiwarter* (Wien).

Binet, E., Lithiase biliaire et lithiase intestinale. (Gallenstein- und Darmsteinerkrankung.) Progrès méd. **41,** S. 140 bis 142. 1913.

Die beiden Krankheiten hängen in den meisten Fällen innig miteinander zusammen. Entweder kommt es in den Gallenwegen und im Darm zur Ausscheidung von Oxalaten infolge einer Allgemeinerkrankung, oder ein Katarrh der Gallenwege kann eine steinbildende Colitis mucomembranacea verursachen und umgekehrt. Gewöhnlich tritt aber eine der beiden Krankheiten mehr in den Vordergrund, so daß es praktisch notwendig ist, sie voneinander zu unterscheiden. Verf. beschreibt genau die beiderseitigen Symptome im Stadium der Latenz, während des Anfalles und nach demselben. Die genaue Untersuchung der abgegangenen Steine ist besonders wichtig, weil durch dieselbe eine einwandfreie Diagnose gestellt werden kann. *v. Winiwarter* (Wien).

Eccles, W. McAdam, On mucocele of the gallbladder. (Über Hydrops der Gallenblase.) Clin. journal **41,** S. 337—341. 1913.

Verf. hat 2 Fälle von Hydrops durch Cystektomie geheilt. Im Anschluß daran bespricht er die Entstehungsursachen, die Behandlungsart und die differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Krankheiten. *Rothfuchs* (Hamburg).

Hengel, L. D. van, Klinische en proefondervindelijke studie over cholecystectomie. (Klinische und experimentelle Studie über Cholecystektomie.) Utrecht, Dissertation 1912, van Druten, 123 S. (Holländisch.)

Die Operation ist zuerst in 1882 von Langenbuch ausgeführt worden, während Courvoisier der erste war, der ihre Vorteile der Cholecystostomie gegenüber stark verteidigt hat.

Die Indikation für die Ektomie wurde allmählich weiter gestellt auf Kosten der Stomie: und den Veröffentlichungen nach, sind bei weitem die meisten Chirurgen Verteidiger der Ektomie, manche wie Kehr u. a. sogar in absoluter Weise. Ihre technische Schwierigkeiten sind denn auch meistens nicht überwiegend. Ihre Mortalität ist ungefähr die gleiche. wie bei der Stomie. Niemals wird dem Körper ein normal funktionierendes Organ entnommen. Übrigens haben Tierexperimente, wie das kongenitale Fehlen einer Gallenblase gezeigt, daß diese nicht unentbehrlich ist. Die öftere Bildung von störenden intraabdominellen Adhäsionen bei der Ektomie ist niemals endgültig bewiesen worden. Durch gute Technik ist das Einfließen von Galle in die freie Peritoneumhöhle, wie die spätere Bildung von Narbenbrüche zu umgehen. Eine eventuell nachträglich gewünschte Cholecystenterostomie ist natürlich nach Ektomie ausgeschlossen, aber nach Stomie doch auch sehr schwierig, wenn nicht unmöglich. Verf. bestreitet den von Hohlweg und Schmidt beschriebenen schlechten Einfluß der Ektomie auf die sekretorische Funktion des Magens. Übrigens haften der Stomie folgende Nachteile an: eine dauernde Gallenfistel, Beschwerden von der Ädhäsion, Unmöglichkeit um Choledochotomie und Hepaticusdrainage auszuführen, größere Anzahl Rezidive, Möglichkeit von Krebsbildung auf Boden des Steinleidens, Typhusbacillenträger bleiben eine Gefahr für ihre Umgebung. Die Cholecystostomie soll eine Notoperation bleiben. Was die eventuelle Neubildung einer Gallenblase anbetrifft, widersprechen sich die Beobachtungen von verschiedenen Experimentatoren sehr stark. Deshalb hat Verf. selber bei 5 Kaninchen und 15 Hunden experimentiert und folgendes gefunden (übereinstimmend mit Clairmont und v. Haberer): Wurde die Cholecystektomie ausgeführt mit Zurücklassung eines größeren oder kleineren Teiles des Ductus Cysticus, so bildete sich immer eine neue Gallenblase, die größer war je nach dem ein größeres Stück Ductus Cysticus zurückgeblieben war. In keinem Falle aber wurde eine neue Gallenblase vorgefunden, wenn sie mitsamt dem ganzen Ductus Cysticus knapp am D. hepaticus exstirpiert worden war. Dann fand Verf. aber, in Gegensatz zu ersteren Fällen, die großen Gallengänge beträchtlich erweitert. Niemals fand er die geringste Erweiterung der Papilla Vateri, oder eine ungünstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens durch die Cholecystektomie. In den Operationsberichten hat Verf. 9 Fälle gefunden, worin die großen Gallengänge auffallend erweitert waren, ohne daß ein Impediment im D. Choledochus nachzuweisen war. In diesen Fällen war die Funktion der Gallenblase seit einiger Zeit ausgefallen, durch Verschluß, Steine, Schrumpfung u. dgl. Den Einfluß verschiedener Nahrung und Medikamente auf dem Abfluß von Galle hat Verf. studiert an Patienten mit Hepaticusdrainage. Er fand dabei folgendes: Eiweißnahrung hat den bedeutendsten Einfluß, und zwar maximal im Durchschnitt $2^1/_2$ Stunde nach der Mahlzeit, also früher als von den meisten Autoren angegeben wird. Ein zweites Maximum folgt dann im Durchschnitt 6 Stunden nach der Mahlzeit. Kohlehydrate haben einen bedeutend kleineren und weniger regelmäßigen, Fette (Ol. olivarum) fast keinen und sehr unregelmäßigen Einfluß. Die Kurven des Gallenflusses haben sehr große Ähnlichkeit ergeben mit denen von Bruno, bei intakter Gallenblase und Papillma Vateri. Verf. schließt daraus, daß beide ein Bild geben von der Gallensekretion in der Leber und also nicht bloß, wie Bruno gewollt hat, von der Gallenexkretion in den Darm, der nach letzteren abhängig sein sollte von der Wirkung des Sphincters von Oddi. Cholagen hatte nur kleinen, Aspirin einen noch geringeren und das Mittel von Dufresne (— van Praag) gar keinen Einfluß auf die Gallensekretion. Ovogal gab eine stark vermehrte Sekretion, anfangend $^1/_2$—$3^1/_1$ Stunde und ein Maximum erreichend 5 Stunden nach Verabreichung. Fel humanum gab eine noch stärkere Vermehrung, anfangend im Durchschnitt 1 Stunde nach Verabreichung, mit einem ersten Maximum nach 3 Stunden. Nach 6—8 Stunden war kein Einfluß mehr bemerkbar, nach mehrfachen Intermissionen. Diese letzteren beweisen, daß die Galle nicht nur im Darm resorbiert und wieder von der Leber ausgeschieden war, sondern tatsächlich auch die secernierende Wirkung der Leberzellen angeregt hatte. Dieses gilt um so mehr, weil die totale secernierte Quantität fast oder ganz gleich der Summe von der normalen und der verabreichten Quantität war, indem Stuhl und Harn zeigten, daß jedenfalls nur wenig im Darm resorbiert war. Fel tauri inspissatum gab einen Einfluß, der dem von Ovogal noch nicht nahe kam. Weiter hat Verf. einen Einfluß von psychischen Faktoren unzweifelhaft feststellen können. Um das Verhältnis zwischen Gallensekretion und Exkretion in den Darm, und die Rolle, welche der Sphincter von Oddi dabei spielt, zu studieren, hat Verf. mit zwei Hunden experimentiert. Beiden hatte er eine Cholecystostomie gemacht und weiter bei einem die Papilla Vateri mit dem Sphincter von Oddi ausgeschaltet. Er hat dabei gelernt, daß der Sphincter keine bedeutende Rolle spielt, jedenfalls nicht, wie es Bruno will, die Galle daran hindert während des Fastens in den Darm abzufließen. Er hält es für sehr wahrscheinlich, daß die secernierte Galle fortwährend abfließt, sowohl in den Darm wie in die Gallenblase, und daß diese dann und wann durch Kontraktion entleert wird. Mikroskopische Untersuchungen haben gelehrt, daß in keinem Falle nach Cholecystektomie eine Erweiterung der kleineren Gallengänge aufgetreten war, daß das Lebergewebe niemals eine Veränderung zeigte. Die neugebildeten Gallenblasen zeigten makro- wie mikroskopisch einen ganz gleichen Bau, wie die Ursprünglichen. Sie hatten immer einen ordentlichen Ductus cysticus und auf der Kuppe wurde stets die Ligatur gefunden, womit

während der Operation der Cysticusstumpf unterbunden worden war. Nur fehlten ständig die Gänge von Luschka. *Hymans* (Amsterdam).

Gosset, A., et E. Desmarest, De la cholécystectomie d'arrière en avant. (Die Cystektomie vom Cysticus beginnend.) Presse méd. **21**, S. 205—209. 1913.

Verf. empfehlen bei allen Fällen, wo keine schweren Adhäsionen bestehen, die Entfernung der Gallenblase vom Cysticus zu beginnen. Wenn man erst den Gang unterbindet, das freie Ende mit einem Schieber faßt und anzieht, so kann man leicht die Blase aus ihrem Bett entfernen unter Belassung eines breiten Peritonealsaumes beiderseits am Leberbett, der später über einem Drain zusammengenäht werden kann. Die Art. cystica wird bei diesem Vorgehen nur einmal an ihrem noch ungeteilten Stamm unterbunden, auch werden Leberverletzungen so sicherer vermieden. Schwierigkeiten macht diese Art der Exstirpation nur dann, wenn es sich um fette Personen, um Männer mit spitzem Rippenbogen ohne Lebersenkung und um geschrumpfte Blasen handelt. Sehr eingehende Beschreibung der Technik, Mitteilung von Krankengeschichten. *Brüning* (Gießen).

Flandin, Charles, et René Dumas, Gros abscès dysentérique du foie ouvert dans les bronches. Guérison obtenue par le traitement chirurgical et les injections de chlorhydrate d'émétine. (Großer dysenterischer Absceß der Leber mit Durchbruch in die Bronchen. Heilung durch chirurgische Behandlung und Injektionen von Chlorhydrat-Emetin.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris **29**, S. 599—606. 1913.

Verff. beschreiben die Heilung eines in die Bronchen durchgebrochenen dysenterischen Leberabscesses durch die in der Überschrift angegebene Therapie. Nebenerscheinungen der Injektionen wurden selbst nach großen Dosen (0,08 cg) nicht beobachtet. Verff. empfehlen bei kleinen Leberabscessen genannter Art Emetininjektionen, bei großen operative Entleerung des Abscesses und dann Emetininjektionen, durch welche die Amöben im Organismus zerstört werden. *Burk* (Stuttgart).

Pankreas:

Hustin, A., Contribution à l'étude du mécanisme de la sécrétion externe du pancréas. (Beitrag zum Studium des Mechanismus der äußern Sekretion der Bauchspeicheldrüse.) (*Inst. de physiol.*) Journal méd. de Bruxelles **18**, S. 120—121. 1913.

Paglione, Vincenzo, Modificazioni della secrezione esterna pancreatica nella glucosuria adrenalinica. (Veränderung der äußeren Pankreassekretion bei Adrenalin-Glucosurie.) (*Istit. di clin. e patol. med., univ. di Camerino.*) Gaz. degli osp. e delle clin. **34**, S. 353—354. 1913.

Kaninchenversuche, in denen nach Injektionen von Adrenalin die Höhe der eintretenden Adrenalinglucosurie verglichen wurde mit der Intensität der amylolytischen Funktion des Pankreas (quantitative Untersuchung des Faeces und des Urins auf Amylasen und Zucker): Die sekretorische Funktion des Pankreas ist stark vermindert bei hoher, wenig verändert bei geringer Adrenalinglucosurie, normal, wenn eine Adrenalinglucosurie nicht eintrat; also hat die Adrenalinglucosurie einen Einfluß auf die verdauungssekretorische Tätigkeit des Pankreas. *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Pratt, Joseph H., and Fred T. Murphy, Pancreatic transplantations in the spleen. (Pankreastransplantationen in der Milz.) (*Laborat. of the theory a. pract. of physic, Harvard univ., Boston.*) Journal of exp. med. **17**, S. 252—272. 1913.

Pratt und Murphy haben Pankreasgewebe in die Milz transplantiert und kommen auf Grund ihrer experimentellen Untersuchungen zu dem Resultat, daß Pankreasgewebe, das in die Milz überpflanzt und von seinen Gefäß- und Nervenverbindungen völlig gelöst ist, monatelang leben und funktionieren kann. Kleine Läppchen des noch erhaltenen Restes des Pankreas auch ohne nachweisbare Langerhanssche Inseln, verhindern das Auftreten des Diabetes. Nach der Totalexstirpation des Pankreas tritt der Tod nach 187 Tagen ein. *Creite* (Göttingen).

Nebennieren:

Silvestri, T., Apparato surrenale e forme convulsive con speciale riguardo all' epilessia. (Die Nebennieren und ihre Beziehungen zu den krampfartigen Zuständen im speziellen zur Epilepsie.) (*Istit. di patol. spec. med. dimost., univ. Modena.*) Gaz. degli osp. e delle clin. **34**, S. 201 - 205. 1913.

Die Organtherapie mittelst Nebennierenmarkteil scheint die krampfartigen Zustände (Tetanie, Eklampsie, Epilepsie) ungünstig zu beeinflussen; der Nebennierenrindenteil scheint im Gegensatz eine, diese Zu-

stände günstig beeinflussende Wirkung auszuüben. Belegt wird dieser Satz mit der Beobachtung dreier, sich im Anschlusse der Menstruation auslösende Epilepsiefälle, welche sich nach Medikation mittelst Nebennierenmarkextrakt verschlechterten, das heißt sich häufiger und auch im Zeitraum zwischen den einzelnen Menstruationen zeigten, nach Aussetzen der Behandlung jedoch zu ihrem alten regelmäßigen Typus zurückkehrten. *v. Lobmayer* (Budapest).

Harnorgane:

Schramm, Carl, Zur Technik der graphischen Darstellung der ableitenden Harnwege mittels der Kollargol-Röntgenaufnahme. (*Krankenh. d. barmh. Brüder, Dortmund.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. **20,** S. 36—39. 1913.

Die von Völker und v. Lichtenberg angegebene und von Oehlecker besonders weiter ausgebaute Pyelographie bedarf noch weiterer Vervollkommnung, um auch die feinsten Verzweigungen der Nierenkelche zur Darstellung zu bringen. Da Einfüllung des Kollargols unter Druck wegen der schon beobachteten Nierenschädigung nicht angängig ist, schaltet Schramm das nachteilige natürliche Gefälle der Harnwege aus, indem er in Beckenhochlagerung Kollargol einfließen läßt, und in Expirationsatemstillstand mit Verstärkungsschirm 3—6 Sekunden bei 70 cm Abstand, 3—5 Wehnelt und 25—30 Milliampere mit „Idealapparat" belichtet. (2 Tafeln mit 7 Aufnahmen.) *Hoffmann* (Dresden).

Straßmann, Georg, Über die Einwirkung von Kollargoleinspritzungen auf Niere und Nierenbecken. (*Chirurg. Univ.-Poliklin., Heidelberg.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. **1,** S. 126—138. 1913.

Nach Anwendung der von Voelcker und v. Lichtenberg in die Diagnostik eingeführten Kollargolfüllung der Harnwege, um sie röntgenologisch sichtbar zu machen, hatte Oehlecker nach einer unter hohem Druck vorgenommenen Füllung eines Nierenbeckens Nekroseherde, Infarkt- und Zylinderbildung, Zacharisson nach dem gleichen Eingriff an einer gesunden Niere noch nach einem Jahr Zylinderbildung, Jewell keilförmige Gangrän, Eckehorn Nierenödem und Rössle eine tödliche Kollargolvergiftung beobachtet, die sich in einer schweren hämorrhagischen Diathese mit parenchymatösen Blutungen im Magen, im Darm, in den Lungen und sämtlichen Körperhöhlen geäußert hatte. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich die Schleimhaut des Nierenbeckens verätzt und die darunter liegenden bindegewebigen Teile waren bis zwischen die Markkanälchen von Injektionsmassen imbibiert, wobei das Kollargol in schwarzbraunen Klümpchen ausgefallen war. Die Kollargollösung war selbst in die Harnkanälchen eingedrungen und bis in die gewundenen Harnkanälchen unter die Kapsel gelangt und hatte hier und dort Harnkanälchen gesprengt. Blum beschrieb eine Reihe von Schädigungen, die er nach Kollargoleinspritzungen an Leichennieren oder frisch exstirpierten Nieren beobachtete. Nach Betonung des Umstandes, daß die Untersuchungen von Blum deshalb nicht beweisend seien, weil an toten Nieren es außerordentlich schwer sei, zwischen wirklichen Nekrosen und kadaverösen Veränderungen zu unterscheiden, suchte Straßmann die Wirkung des in das Nierenbecken gebrachten Kollargols im Tierexperiment aufzuklären. An Kaninchen wurden oberhalb der Blase die Ureteren unterbunden, diese indiziert, nachdem sie durch die Urinstauung dilatiert worden waren, eine Kanüle eingeführt und durch diese das Nierenbecken unter mäßigem Druck mit 1—2 ccm einer 1—4 proz. Kollargollösung gefüllt. Bei diesen Versuchen wurde beobachtet, daß das in das Nierenbecken gelangte Kollargol zum Teil dort längere Zeit liegen bleibt, zum Teil rasch in das umgebende Bindegewebe diffundiert und auf diesem Wege bis zur Rinde hinaufgelangen kann. Da wo das Kollargol in das Nierenbindegewebe eingedrungen war, konnten keine Veränderungen an den Epithelien beobachtet werden, weshalb S. ein Eindringen durch die normalen Bindegewebslücken annimmt. Ein Eindringen in die Harnkanälchen konnte nicht beobachtet werden. Überhaupt trat nach vorsichtiger Füllung der Nierenbecken in den Tierversuchen von S. keine wesentliche Schädigung der Nieren zutage, weshalb sich dieser Autor zu dem Schlusse berechtigt hält, daß seine Tierversuche dafür sprechen, daß Kollargoleinspritzungen in entsprechender Menge

in das Nierenbecken, die unter geringem und vorsichtigen Druck erfolgen, keine schädigende Wirkung besitzen, noch irgendwie nennenswerte Veränderungen im Nierenbecken hervorrufen. *Leuenberger* (Basel).

Oppenheimer, Rudolf, Die Pyelitis. (*Städt. Frauenklin., Frankfurt a. M.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. **1,** S. 17—43. 1913.

Bei der zusammenfassenden Abhandlung obiger Erkrankung stützt sich Oppenheimer auf eigene, an 100 Fällen gesammelte Erfahrungen und auf ein reichhaltiges Literaturstudium. — Bezüglich der Pathogenese der Pyelitis teilt O. auf Grund eigener Experimente die meist vertretene Ansicht, daß zu der Infektion des Nierenbeckens gewisse lokale Bedingungen hinzutreten müssen, um eine Pyelitis hervorrufen zu können. Einer kurzen Besprechung der einzelnen Pyelitisformen folgt ausführlicher die Therapie. — O. fordert für die akute Pyelitis, wenn nicht besondere Gegengründe vorliegen, unbedingt die konservative Therapie in Gestalt von Bettruhe, Verabreichung von Flüssigkeiten, Harnantisepticis. Unter den letzteren wird bei Kolipyelitis Salol in hohen Dosen bevorzugt. Von der Vaccinetherapie hat O. bei Koli- und Staphylokokkenpyelitis keinen Erfolg gesehen. — Bleibt die Pyelitis durch angeführte konservative Behandlung unbeeinflußt, so tritt die lokale Therapie, und zwar zunächst Ureterenkatheterismus und Nierenbeckenspülung hinzu, bei deren Versagen die prolongierte Dauerdrainage des Nierenbeckens per vias naturales zu folgen hat. — O. legt großen Wert auf die letztere und sieht sich durch gute Resultate speziell bei der Schwangerschaftspyelitis zu der Hoffnung berechtigt, daß sich die Zahl derjenigen Fälle, welche eines operativen Eingriffes bedürfen, besonders durch sachgemäße Anwendung der prolongierten Dauerdrainage des Nierenbeckens, auf ein Minimum reduzieren lassen wird. *Rehn* (Jena).

Brongersma, H., De behandeling van pyelitis by zwangeren. (Die Behandlung der Pyelitis bei Schwangeren.) Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde S. 529—534. 1913. (Holländisch.)

In den Fällen von Nierenbeckenentzündung in der Schwangerschaft, in welchen durch medikamentöse Behandlung, Diät, Seitenlage keine Heilung erreicht wird, hat Brongersma mit gutem Resultat regelmäßig das Nierenbecken ausgespült; dazu soll der Ureterkatheter liegen bleiben. Durch diese Dauerdrainage wird die Stauung im Becken zum Verschwinden gebracht und ist die tägliche Spülung sehr erleichtert. Verf. spült mit Borlösung und Silbernitrat 0,1 bis 1 %. Beschwerden bei dieser Behandlungsmethode sah er nicht; die Technik des Katheterismus gab, auch bei weit vorgeschrittener Schwangerschaft, keine Schwierigkeiten. Die Drainage kann ohne Gefahr längere Zeit fortgesetzt werden, in einem Fall wurde das linke Pyelum während 57, das rechte sogar 118 Tage drainiert; jede 8 bis 10 Tage wurde ein neuer Katheter eingeführt. *van Delden* (Wien).

Cohn, Theodor, und Hans Reiter, Klinische und serologische Untersuchungen bei Harneiterungen durch Bacterium coli. (*Hyg. Inst., Univ. Königsberg u. urol. Klin. u. Poliklin. von Th. Cohn.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 441 bis 443 u. 492—495. 1913.

Von 17 Fällen mit Koli-Pyelitis und Koli-Cystitis fielen 14 auf das weibliche und 3 auf das männliche Geschlecht. Die Erkrankung der Blase wird als sekundär aufgefaßt. Durch die Therapie (innerliche Behandlung, in 4 Fällen Nierenbeckendrainage usw.) wurden die subjektiven Beschwerden beseitigt, in einer Reihe von Fällen wurde jedoch der Harn nicht eiter- und bakterienfrei. Auch die Untersuchung über Agglutination, opsonischen Index und Komplementablenkung bestätigt im allgemeinen die Angaben anderer Autoren. (Literatur.) *Oehlecker* (Hamburg).

Voelcker, F., Über Dilatation und Infektion des Nierenbeckens. Zeitschr. f. urol. Chirurg. **1,** S. 112—125. 1913.

Das Nierenbecken wird normalerweise bei jeder Ureterkontraktion vollständig entleert. Wenn wir mit Hilfe des Ureterenkatheters Residualharn nachweisen, so besteht eine Entleerungs-Insuffizienz des Nierenbeckens. — Die Kapazität des Beckens der Niere beträgt gewöhnlich 4—6 ccm. Über die Größe und Art

der Beckendilatation gibt uns am besten die Kollargol-Röntgen-Methode von Voelcker und von Lichtenberg Aufschluß. Wenn die Pyelographie auch eine ausgesprochene anatomisch-diagnostische Methode ist, so lassen sich jedoch auch viele Rückschlüsse auf die Nierenfunktion aus den gewonnenen Röntgenbildern machen. Die Pyelographie zeigt uns, ob die Dilatation des Nierenhohlraumes das „anatomische Nierenbecken" (Becken im engeren Sinne) oder ob es die Kelche betrifft. Wo ein mechanisches Hindernis eine Dilatation hervorruft, sehen wir zuerst eine Erweiterung des anatomischen Beckens. Dann folgt erst eine Ausweitung der Kelche. An Abbildungen werden die verschiedenen Stadien bei dieser „primären Dilatation" (Pyelektasie — Nephrektasie — Hydronephrose) erläutert. — Bei einer primären Infektion sehen wir zunächst im Röntgenbilde keine Erweiterung, später beobachten wir zuerst eine Dilatation der Fornices. — In manchen Fällen handelt es sich um eine Kombination beider Formen. *Oehlecker* (Hamburg).

Bastianelli, Raffaele, Wie soll man die Pyelotomiewunde behandeln? Zentralbl. f. Chirurg. 40, S. 420—422. 1913.

Verf. ist im Prinzip Anhänger der Naht des Nierenbeckens, wenn er auch zugibt, daß es in Fällen, wo dieselbe aus diesem oder jenem Grunde besondere Schwierigkeiten bietet, empfehlenswert sein kann, auf sie ganz zu verzichten. Er warnt aber vor ausgiebigerer Entblößung des Nierenbeckens von seinem Fettüberzuge und mißt der Deckung der Naht mit diesem Fett eine ausschlaggebende Bedeutung bei. Auch in den Fällen, in denen zur Deckung der Beckenwunde ein viereckiger Lappen aus der Capsula fibrosa mit Basis am Nierenbecken verwendet wird, ist es wichtig, daß dieser seinen Fettüberzug behalten hat. *Schultze* (Posen).

Luys, Georges, Über die direkte Cystoskopie. Zeitschr. f. urol. Chirurg. 1, S. 103—111. 1913.

Zusammenstellung der Nach- und Vorteile der direkten Cystoskopie mit dem Luysschen Instrument im Gegensatz zu den Prismeninstrumenten (Nitze u. a.). Dem Verf. scheinen die Vorteile sehr beträchtlich zu überwiegen. Sie stehen gegenüber dem relativ kleinen Gesichtsfeld, das der inneren Öffnung des Tubus entspricht, der relativen Dicke des Instrumentes sowie der Schwierigkeit der Entfaltung der Blasenwand, da eine aktive Auffüllung der Blase mit Luft oder Wasser nicht stattfindet. Die Entfaltung der Blase erfolgt mittels Hängelage der Patienten. Bei fetten Frauen bei denen sie nur unvollkommen eintritt, kann man sie durch direkten Zug an den fetten Bauchdecken oberhalb der Symphyse herstellen oder verstärken. Diese Nachteile der direkten Cystoskopie werden durch die Vorteile, die sie bietet, bei weitem aufgewogen. Die Methode erlaubt eine direkte, seitenrechte Betrachtung in natürlichen Farben, auch bei stärkerer Hämato- oder Pyurie. Auch sehr kleine Blasen können untersucht werden, da das Tubusende nicht, wie beim Prismencystoskop in gewisser Entfernung von dem Objekt zu bleiben braucht (Anführung von Fällen, in denen durch die direkte Cystoskopie Ureterenkatheterismus bzw. cystoskopische Diagnose auf Tumor oder Stein gelang, nachdem das Prismencystoskop versagt hatte). Blasenfisteln sind kein Hindernis für die Methode, ebensowenig Kompression der Blase durch den graviden Uterus oder Abdominaltumoren. Durch das Rohr des Instrumentes gelingt unter Leitung des Auges sowohl die Lithotripsie als auch die Extraktion von Steinen und Fremdkörpern, wie auch ferner die direkte Behandlung von Cystitiden, Blasentuberkulose, Blasentumoren, Probeincisionen und der Ureterenkatheterismus. Dieser kann im Gegensatz zu der gewöhnlichen Methode völlig aseptisch ausgeführt werden und ist in schwierigen Fällen leichter als mit den Nitzeschen und ähnlichen Instrumenten. *Ruge* (Frankfurt a. Oder).

Neustab, K Statistike i etiologii Bluschdanjuschich potschek. (Zur Statistik und Ätiologie der Wandernieren.) Russki Wratsch 12, S. 186—187 u. 225—226. 1913. (Russisch.)

Verf. bearbeitet eine Statistik von 319 Fällen von Wanderniere. Davon waren

5,7 % Männer, 94,3 % Frauen. Nach dem Alter verteilen sich die Patienten folgendermaßen: von 10—20 Jahren = 9,1 %, 21—30 Jahren = 54 %; 31—30 Jahren = 27 %; 41—50 Jahren = 7,5 %; 51—60 Jahren = 2,2 %; 61—70 Jahren = 0,33 %. Die Art der Beschäftigung, Infektion, Ausschweifungen, unhygienisches Leben, Nierenkrankheiten spielen in der Ätiologie der Wanderniere keine Rolle. Ren mobilis aber kann Nervenstörungen verursachen. 67 % aller Patienten litten an Blutarmut. Bei 54 % waren pathologische Erscheinungen an den Genitalien. Je mehr Geburten desto seltener Ren mobilis. Viele Patienten litten an dyspeptischen Störungen. Die Filtrationsfähigkeit der Niere und Urinbildung waren ganz normal. Die rechte Niere war beweglich in 80,7 %, die linke von 5,3 %, beide in 14 % aller Fälle. Als Ursache der Ren mobilis hält Verf. eine angeborene unnormale Fixation und Lage der Niere. Therapie: Versuch mit Bandagen, bei negativem Resultat Operation. *Joffe* (Dorpat).

Werelius, Axel, Nephroptosis and nephropexy with special reference to the basket-handle operation. (Über Wanderniere und Wandernierenfixation, mit besonderer Berücksichtigung der Henkelkorb-Operation.) Journal of the Americ. med. ass. **60,** S. 643—646. 1913.

Nach einleitenden historischen Bemerkungen über Ätiologie und Behandlung der Wanderniere schildert Verf. sein Verfahren der Nephropexie, das er als „Henkelkorb-Operation" bezeichnet. Nach Längsspaltung und Ablösung der Kapsel werden zwei Lappen gebildet, mit der Basis je an einem Nierenpol, und seitlich unter der Muskulatur durchgezogen und mit ihren Enden vernäht. Die Operation wird in Beckentieflage ausgeführt, und hatte bei 27 Fällen guten Erfolg. *Krüger* (Weimar).

Inonye, Über den Einfluß von Tetrodotoxin auf die Miktion, bes. über seine Wirkung gegen Enuresis nocturna. Japanische Zeitschr. f. Dermatol. und Urologie **13,** Fasc. 2, 1913.

Die Versuchstiere werden bei der Injektion von Tetrodotoxin durch Miktionslähmung befallen. Verf. behandelte 10 Fälle von Enuresis nocturna mit Tetrodotoxinlösungen (bei den Erwachsenen $^1/_{14}$—$^1/_{12}$ Letaldosis); einige gebessert, andere geheilt. *Tokuoka* (Tokio).

Dam, J. M. van, Die radikale Behandlung angeborener Blasendivertikel. (*St. Elisabeth-Krankenh., Alkmaar.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **83,** S. 320 bis 331. 1913.

Fall von großem, der Hinterwand der Blase aufsitzendem Divertikel bei einem 55 jährigen Mann. Vor 5 Jahren Hämaturie, seit 3 Monaten Harnbeschwerden, seit 2 Tagen Retention. Operation ohne genauere Untersuchung in der Annahme einer Prostatahypertrophie. Nach dem vorgenommenen hohen Blasenschnitt wurde das $14^1/_2$ cm tiefe Divertikel entdeckt, welches, nachdem zur Orientierung die Bauchhöhle eröffnet wurde, transvesikal, durch Zug Muzeuxscher Zangen vorgezogen, nach der Blase zu umgestülpt und abgetragen wurde. Glatte Heilung. Nach der histologischen Untersuchung handelte es sich um einen echten, angeborenen Divertikel der Harnblase.

15 Fälle von radikaler Exstirpation eines Blasendivertikels sind in der Arbeit (unter Verwertung der Zavijerschen Statistik) zusammengestellt. In 10 Fällen handelte es sich um Divertikel an der Vorder- oder Seitenwand der Blase ohne Ureter in ihrer Wand. Für diese ist die extravesikale Operationsmethode geboten. In 3 Fällen war die Lage des Divertikels die gleiche, jedoch mit dem Ureter in ihrer Wand. Sie wurden mit der kombinierten extra- und intravesikalen Methoden operiert. Nur in 2 der radikal behandelten Fälle war der Divertikel an der hinteren Blasenwand und Verf. Fall ist der einzige, welcher rein transvesical operiert worden ist.

v. Lichtenberg (Straßburg i. E.).

Caspar, L., Zur Harnblasenausschaltung wegen Tuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 492. 1913.

Verf. stellte in der Berlin. mediz. Gesellschaft einen Patienten vor, dem er vor 8 Jahren wegen vorgeschrittener Nephrophthisis sin. die linke Niere exstirpiert hatte. Die Blasenbeschwerden gingen damals zurück; 6 Jahre später traten sie jedoch mit erneuter Heftigkeit wieder auf und trotzten jeder Therapie, bis vor $1^1/_2$ Jahren die tuberkulöse Blase ganz ausgeschaltet wurde durch Einpflanzen des rechten

Ureters in die Haut der Lumbalgegend. Von da an ausgezeichnete Erholung und bislang beschwerdefrei. Dieses Verfahren der Einpflanzung des Ureters ist der Anlegung einer Blasenfistel bei Blasentuberkulose entschieden vorzuziehen, weil durch die letztere Schmerz und Tenesmen keineswegs beseitigt werden. Dieser Fall beweist aber ferner noch, daß die allgemeine Anschauung, nach der jede Niere, die durch einen Kanal mit der Außenfläche verbunden ist, verloren sei, daß sie mit Sicherheit der Infektion anheimfalle, nicht zu Recht besteht. Der Harn der rechten Niere ist $1^1/_2$ Jahre nach Anlegung der Ureterhautfistel noch steril, die Niere hat sich also nicht infiziert.

Oehler (Freiburg i. B.).

Bertolotti, Mario, et Luigi Ferria, Traitement des tumeurs endovésicales avec le courant de haute fréquence employé par la voie cystoscopique. (Behandlung der Blasentumoren mit Hochfrequenzströmen auf cystoskopischem Wege.) Ann. d'électrobiol. et de radiol. **16,** S. 27—30. 1913.

Verff. haben an 2 Fällen die Methode „Edwin Beer" gegen Blasentumoren angewendet. In die mit Sol. hydrarg. oxycyanat. gefüllte Blase wird durch ein Nitze-Cystoskop ein sorgfältig in einem Katheter isolierter Kupferdraht eingeführt, der aus seiner Isolierschicht nur den Bruchteil eines Millimeters hervorragt. Der verwendete Strom hatte eine Intensität von 12—15 Ampere bei 2—3 cm Funkenlänge. Verf. hat so die gutartigen Papillome, um die es sich beide Male handelte, leicht in ein bis zwei Sitzungen entfernt. Das Verfahren ist schmerzlos und kann ohne Lokalanästhesie durchgeführt werden: Blutungen treten nicht ein. Man kann im Cystoskop die Wirkung der Funken beobachten und Gasblasen in der Flüssigkeit aufsteigen sehen: auch hört man das Geräusch der Funken in der Blase. Die operierten Fälle sind rezidivfrei geblieben, maligne Tumoren sind nicht behandelt worden. Verff. geben dem Verfahren wegen Einfachheit und Schmerzlosigkeit vor der endovesicalen Exstirpation der Tumoren den Vorzug.

Hoffmann (Dresden).

Pedersen, Victor Cox, Urethral and periurethral lithiasis. (Urethrale und periurethrale Steinbildung.) New York med. journal **97,** S. 482—489. **1913.**

Die 3 wichtigsten Faktoren für die Entstehung der fraglichen Steinbildungen sind: Veränderungen in der Urinzusammensetzung, Störungen in den Entleerungswegen und das Vorhandensein von Fremdkörpern. Danach können die Steine eingewandert oder an Ort und Stelle entstanden sein. Die Mehrzahl der Steine gehört der pars penis an, die Minderzahl der urethra membranacea. Kinder und Erwachsene sind gleich beteiligt. Die Symtome der Steine, sowie deren diagnostische Feststellung werden eingehend besprochen. Verf. führt für die verschiedene Lokalisation der Steine in vorderer oder hinterer Urethra, bei Erwachsenen und Kindern, selbst der ersten Lebensmonate eigene Beobachtungen und solche anderer Autoren in Krankengeschichten und z. T. mit Abbildungen an. Von den periurethralen Steinen kommen solche der Prostata, und solche des periurethralen Gewebes nach Verletzungen und Operationen in Betracht. Besprechung der Diagnose, Symptome und Anführen von Fällen. Zur Behandlung kommen außer präventiven Maßnahmen gegen Steinbildung verschiedene Eingriffe in Frage. Bewegliche Steine kann man aus dem vorderen Teil herausbefördern, aus dem hinteren in die Blase stoßen. Durch Infektion und feste Einkeilung komplizierte Fälle erfordern offenes Operieren.

Hoffmann (Dresden).

Männliche Geschlechtsorgane:

Lowsley, Oswald S., The human prostate gland at birth, with a brief reference to its fetal development. (Die menschliche Prostata bei der Geburt mit Berücksichtigung ihrer fötalen Entwicklung.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 110—114. 1913.

Die Arbeit gründet sich auf das Studium von Serienschnitten der Prostata eines Kindes und eine Rekonstruktion der Kanälchen der Drüse, des prostatischen Teils der Urethra, der Ductus ejaculatorii und des Utriculus prostaticus in Wachs (20mal vergrößert). Von dem Wachsmodell gibt Verf. auch eine Abbildung.

Die Resultate seiner Studien über die Embryologie der Prostata sind folgende: Die Drüse entwickelt sich in der 12. Woche des Fötallebens aus 5 Gruppen ursprünglich solider Ausstülpungen der Urethra zwischen den Ductus ejaculatorii und der Blase. Aus den verschiedenen Wänden der Urethra entstehen der mittlere, die beiden seitlichen, der hintere und der vordere Lappen. Die Drüsenkanälchen werden etwa in der 16. Woche von Muskelfasern umwachsen. In früheren Stadien sind die 5 Läppchen der Prostata gut voneinander getrennt, später wird die Scheidung zwischen seitlichem und mittlerem Lappen

undeutlicher, obwohl der Mittellappen immer seine Selbständigkeit bewahrt. Die Seitenlappen machen den Hauptteil der Drüse aus. Der hintere Lappen wird von den Ductus ejaculatorii, dem Mittel- und den Seitenlappen durch eine Schicht Bindegewebes getrennt. Das ist von praktischer Bedeutung.

Bei der perinealen Prostatektomie müssen die Incisionen durch den Hinterlappen und die Scheidewand zwischen ihm und den Seitenlappen hindurchgeführt werden; andernfalls verliert man sich in der Kapsel und die Enukleation der hypertrophischen Mittel- und Seitenlappen (der Hinterlappen selbst beteiligt sich fast nie an der Hypertrophie) wird unmöglich. Verf. bespricht ferner die Entwicklung der nach Albarran benannten subcervicalen Drüsen, die submucös im Bereich des Sphinkters liegen und deren Vergrößerung die Urinentleerung erheblicher beeinträchtigen kann, als die eigentliche Prostatahypertrophie. Auch die in der Schleimhaut des Trigonum veesical gelegenen, im Alter von 20 Wochen auftretenden subtrigonalen Drüsen können, wenn sie sich gestielt in das Blaseninnere entwickeln, die innere Harnröhrenmündung blockieren. Weitere Einzelheiten sind im Original nachzulesen. *Kempf* (Braunschweig).

Negrete, C., Peligros de la evacuatión rápida y total de la vejiga urinaria en los prostáticos con retención completa. (Gefahren der schnellen und vollständigen Entleerung der Harnblase bei Prostatikern mit kompletter Retention.) Revista ibero-americana de ciencias médicas **29**, S. 83—88. 1913. (Spanisch.)

Verf. hebt die Notwendigkeit der langsamen Entleerung der Harnblase, wegen der dabei auftretenden Blutungen bei kompletter Verhaltung der Prostatiker hervor. Er legt bei solchen Fällen ein Dauerkatheter ein und läßt den Urin derart ab, daß die volle Entleerung erst nach 5—6 Tagen eintritt; in der Zwischenzeit haben sich die stark gedehnten Gefäße wieder zurückgebildet. — Zum Katheterismus bei Prostatikern verwendet Negrete fast ausschließlich Nelatonkatheter und warnt vor den Metallinstrumenten. *Lazarraga* (Marburg).

Schewkunenko, Viktor, Zur chirurgischen Anatomie des Colliculus seminalis. (*Inst. f. operative Chirurgie des Prof. Schewkunenko an der Militär-Medizinischen Akademie in St. Petersburg.*) Chirurgitscheski Archiv Weljaminowa **29**, S. 22—44. 1913. (Russisch.)

Im Hinblick auf das zunehmende Interesse der isolierten Erkrankungen des Colliculus seminalis hat der Verf. genaue Untersuchungen über die chirurgische Topographie und Anatomie dieses Gebildes vorgenommen. Im ganzen verfügt Verf. über ein Material von 289 Fällen, die am Leichenmaterial des Instituts gesammelt wurden. Das Alter der untersuchten Leichen schwankte zwischen 3 und 80 Jahren. Auf Grund sehr genauer Messungen und Untersuchungen der Fossula prostatica, des Sinus prostaticus, der Ductus ejaculatorii und der Prostata kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen: Der Winkel zwischen dem Harnblasengrunde und der hinteren Wand der Pars prostatica urethrae (vom Verf. promontorium genannt) wird mit dem zunehmenden Alter immer spitzer. Parallel mit der Verkleinerung dieses Winkels wird die Fossula prostatica tiefer und länger. Der Sinus prostaticus mündet in der größten Mehrzahl der Fälle über den ductus ejaculatorii (70%). Bei gemeinsamer Mündung aller drei Organe in 20% der Fälle finden wir meist einen sehr breiten und langen sinus. Die häufigste Form des Sinus im sagittalen Schnitt ist dreieckig (60%). Der Sinus ist immer vorhanden. Die Richtung der Ductus ejaculatorii und des Sinus geht mit dem zunehmenden Alter aus einer schräg-vertikalen Richtung in eine schräg-horizontale über. Bei Prostatahypertrophie verlaufen diese Gebilde in horizontaler Richtung. Zwischen der Länge der Fossula prostatica, deren Grenzen leicht auf endoskopischem Wege zu bestimmen sind, und der Länge der Ductus ejaculatorii bestehen vollständig konstante Längenverhältnisse. Sie sind nämlich im allgemeinen gleich lang. Der Unterschied beträgt niemals mehr als $^1/_2$—1 mm. Der präspermatische Teil der Prostata vergrößert sich mit dem Alter bedeutend stärker als der hintere Teil. Der beste Weg zur Entfernung hyper-

trophischer Prostatalappen ist der transversikale. In der Prostata kommen im Alter häufig Konkremente vor. Vom 21—30. Jahre 10%, 31.—40. Jahre 20%, 41.—50. Jahre 25% und 51.—80. Jahre 50%! Die pathologischen Veränderungen der Prostata liegen vornehmlich im zentralen Teil um die Ductus ejaculatorii herum. In 2 Fällen fanden sich im Sinus Konkremente ($1^1/_2 \times 3$ mm). Zum Schluß sind genaue Protokolle der 289 Präparate angeführt. *Hesse* (St. Petersburg).

Zur Verth, M., und K. Scheele, Induratio penis plastica. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 298—341. 1913.

Angeregt durch 3 Fälle von Induratio penis plastica, die an der Chir. Univ. Poliklinik zu Berlin (Geh. Rat Bier) zur Beobachtung kamen, haben Verff. aus der Literatur alle diesbezüglichen Fälle (im ganzen 100) tabellarisch zusammengestellt und die einzelnen Angaben zur Umgrenzung des ganzen Krankheitsbildes verwertet. Zusammenfassend stellen sie fest, daß die echten Fälle von Induratio penis plastica durch einen typischen Krankheitsverlauf gekennzeichnet sind. Es entwickeln sich meist im höheren Alter auf dem Dorsum des Penis knorpelharte Bindegewebsplatten. Die Haut bleibt unverändert. In vorgeschrittenen Fällen kann die Bindegewebswucherung auf die Schwellkörper übergreifen sowie Verkalkung und Verknöcherung eintreten. Die im erschlafften Zustande des Penis schmerzlosen Knoten verursachen erhebliche Beschwerden bei der Erektion und können Impotentia coeundi bedingen. Ätiologisch kommen Elasticaveränderungen in den Hüllen des Penis in Frage. Die Therapie hat in sorgfältiger Exstirpation der Platten zu bestehen. *Dencks* (Neukölln).

Desgouttes, L., Fibrome du gland chez un malade porteur de fibromes multiples. (Fibrom der Eichel bei gleichzeitiger multipler Fibromatose.) Lyon méd. **120,** S. 145—146. 1913.

Das Fibrom der Glans hatte sich bei dem 60jährigen Manne im Laufe von 25 Jahren bis zur Orangengröße entwickelt. Erst zuletzt unter der nicht zurückschiebbaren Vorhaut Balanitis und Ulceration des Tumors. Letzterer ließ sich operativ größtenteils herauschälen, nur von der Urethra, an der er festsaß, mußte ein kleines Stück mit fortgenommen werden. Heilung mit kleiner Urethralfistel. *Bergemann* (Berlin).

Weibliche Geschlechtsorgane:

Aikman, John, An unusual abdominal case. (Ein ungewöhnlicher Bauchfall.) Lancet **184,** S. 753. 1913.

In einem Fall von unbemerkt gebliebener, Jahre zurückliegender Extrauterin gravidität verursachte die spontan eingetretene bakterielle Infektion der Überreste eine so erhebliche Raumbeschränkung im kleinen Becken, daß Urinverhaltung auftrat. Nach der vaginal bewerkstelligten Entfernung des Tumors samt Uterus und Adnexen erlag die Patientin der Infektion. *Hartert* (Tübingen).

Kastanaeff, G. M., Zur Kasuistik der Fremdkörper des Uterus. Ärzte-Zeitung **20,** S. 342—343. 1913. (Russisch.)

Autor teilt 3 Fälle von Fremdkörpern im Uterus mit. 1. Fall. Haarnadel im Uterus bei einer Graviden im 2. Monat, wird ohne blutigen Eingriff extrahiert, worauf die noch im Uterus vorhandenen Reste der Eihäute entfernt werden. Patientin wird nach 9 Tagen gesund entlassen. 2. Fall. 11,5 cm langes Stück einer Stricknadel, hat die vordere Uteruswand durchbohrt, ein Ende kann durch die Bauchdecken palpiert werden, nach leichtem Druck durch die Bauchdecken erscheint das andere Ende im Orificium ext. und wird entfernt; am zweiten Tage Blutung, infolgedessen Abrasio. Geheilt entlassen. 3. Fall. Zwecks Abort wird durch Hebamme ein Bougie eingeführt und im Uterus belassen. Durch unvorsichtige Bewegung der Patientin Perforation, Peritonitis, welche nach Krankenhausbehandlung bald abklingt. Infiltrat am äußeren Rand des M. rectus. Laparotomie. Bougie wird entfernt. Glatter postoperativer Verlauf. Gravidität besteht ungestört weiter. *v. Holst* (Moskau).

Weibel, William, The extended abdominal radical operation for cancer of the uterus. (Die ausgedehnte abdominale Radikaloperation des Gebärmutterkrebses.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16,** S. 251—254. 1913.

Brooks, Harlow, Involvement of the ovary in epidemic parotitis. (Mitbeteiligung des Eierstockes bei Mumps.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 359—360. 1913.

Verf. gibt eine kurze Übersicht der in den letzten 60 Jahren erschienenen Literatur

über die metastatische Entzündung der Ovarien bei epidemischer Parotitis (im ganzen nur 26 Fälle) und teilt zwei eigene Beobachtungen mit.

Fall I. 28jährige Multipara mit linksseitiger Parotitis und sekundärer Entzündung der linken Submaxillardrüse. Am 7. Tage Auftreten von hochgradiger Schmerzhaftigkeit, Druckempfindlichkeit und Schwellung des linken Eierstocks. 2 Tage später Abnahme der Schmerzen und Eintritt der um 10 Tage verfrühten und etwas profuseren Menstruation. Nach Aufhören derselben das Ovarium kleiner und viel weniger schmerzhaft. In den 5 folgenden Jahren keine Gravidität. — Fall 2. 24jährige verheiratete Nullipara mit beiderseitiger Parotitis epidemica; am 5. Tage plötzlich Auftreten von quälenden Schmerzen zu beiden Seiten des kleinen Beckens. Die Untersuchung ergibt über hühnereigroße, hochgradig druckempfindliche Ovarien. 2 Tage später Erscheinungen von akuter beiderseitiger Mastitis, die auf konservative Behandlung bald zurückgeht. Nach 4 Wochen vollkommene Heilung. Pat. seither 6 Jahre in Beobachtung; während dieser Zeit die Menstruation ungestört und normal, die Ovarien objektiv und subjektiv anscheinend gesund, keine Gravidität, vielleicht infolge Lues des Gatten. Die früher gut entwickelten Mammae jetzt schlaff und atrophisch.

Die Seltenheit der Mitbeteiligung der weiblichen Keimdrüse verglichen mit der Häufigkeit der metastatischen Orchitis bei Mumps (bis zu 50 % in manchen Epidemien) kann verschieden erklärt werden; einerseits aus der Schwierigkeit der Diagnose, andererseits aus der geschützten Lage des Eierstockes, wodurch traumatische Einflüsse, welche bei der Entstehung der metastatischen Orchitis mitwirken, ausgeschaltet werden. Verf. meint aber, daß sie nicht so selten ist als aus der Dürftigkeit der Literatur vermutet werden könnte. Eine dauernde Schädigung des Eierstockes scheint durch die metastatische Oophoritis nicht hervorgerufen zu werden, denn erheblichere Menstruationsstörungen, welche bei ernsterer Schädigung des Ovarialparenchyms kaum ausbleiben könnten, wurden in keinem Falle beobachtet; pathologisch-anatomische Untersuchungen, sowie Angaben über spätere Fertilität fehlen vollkommen, außer in den vom Verf. mitgeteilten Fällen. Verf. ist der Ansicht, daß die Mitbeteiligung des Eierstockes bei der epidemischen Parotitis eine relativ unschuldige Komplikation darstellt, welche nicht geeignet ist, eine dauernde Schädigung zu bewirken, im Gegensatz zum Verhalten der männlichen Keimdrüsen, bei welchen häufig Sterilität beobachtet wird, wenn die Komplikation bilateral auftritt. *Hall* (Graz).[o]

● **Kirstein, F., Die Röntgentherapie in der Gynaekologie.** Berlin, Springer 1913. VII, 123 S. M. 4.—.

Die Monographie Kirsteins beabsichtigt, kurz und schnell über alle einschlägigen Fragen in der gynäkologischen Röntgentherapie zu orientieren. Sie faßt sowohl die Ergebnisse, die in der Literatur festgelegt wurden, als auch die Erfahrungen, die K. sammelte, zusammen, ohne Neues zu bringen. Nach Darlegung der gynäkologischen Röntgentechnik und der Theorie der Strahlenwirkung werden die Indikationen und Kontraindikationen zur Röntgentherapie gynäkologischer Affektionen ausführlich behandelt. Zum Schluß wird eine Statistik über sämtliche in den 296 Literaturnummern bekannt gegebenen gynäkologischen Bestrahlungen gegeben. *Kolb* (Heidelberg).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Oppel, W. A., Die Wietingsche Operation und der reduzierte Blutkreislauf. Ärzte-Zeitung 20, S. 303—307. 1913. (Russisch.)

Autor stellt zunächst fest, daß die Wietingsche Operation nur in solchen Fällen langsam fortschreitender ischämischer Gangrän angewandt werden kann, welche weder durch Thrombophlebitis noch durch Phlegmonen kompliziert sind. Ohne näher auf die pathologisch-anatomische Seite der Frage einzugehen, betont Autor nur, daß die Gangrän durch einen langsam fortschreitenden, wohl arteriosklerotischen Prozeß bedingt ist, durch welchen das Gefäßrohr verengt und schließlich ganz verschlossen wird. Da das Blut nicht auf dem Arterienwege in die betroffenen Teile gelangen kann, schlug Wieting vor, es auf dem Venenwege hinzuleiten. Es fragt sich nur, ob das durch die Vene zugeleitete Blut auch wirklich bis in die Capillaren gelangen kann. Biers Versuche zeigen, daß bei erhöhtem Druck in den Venen der Widerstand der Klappen überwunden werden kann und daß das Blut

in umgekehrter Richtung fließen kann, jedoch zeigen andere Versuche desselben Autors, daß das Blut auch bei sehr starkem Druck sich nur teilweise durch die Capillaren in die Arterie entleeren kann, was Bier durch das „Blutgefühl" erklärt, d. h. durch die Fähigkeit der Capillaren, nur arterielles Blut passieren zu lassen. Somit wäre es wohl möglich, daß das arterielle Blut bei der Wietingschen Operation den Druck überwindet und in die Arterie gelangt, jedoch ist hierbei nicht zu vergessen, daß die Bierschen Versuche an einer abgeschnürten Extremität vorgenommen worden sind. Ist die Extremität nicht abgeschnürt, so wird das Blut den Widerstand eines Teiles der Klappen überwinden, wird aber auf dem Wege der Kollateralen abfließen, ohne in die Capillaren zu gelangen, wie besonders die Versuche von Coenen und Wiewiorowsky gezeigt haben. Trotzdem stellen Wieting und in letzter Zeit Perimoff fest, daß die Ausführung der Wietingschen Operation eine objektive und subjektive Besserung zur Folge hat, jedoch können beide Autoren dieses Faktum nicht genügend erklären. Autor schließt sich der Ansicht Hesses an, daß die Besserung durch den erschwerten Blutabfluß, also durch den reduzierten Blutkreislauf zu erklären ist. Autor hat früher bewiesen, daß durch Unterbindung der abführenden Vene der kollaterale arterielle Blutdruck steigt; da nun in Extremitäten mit ischämischer Gangrän der arterielle Blutdruck dem kollateralen entspricht, so muß die Erhöhung des venösen Blutdrucks eine Erhöhung des arteriellen zur Folge haben. In diesem Sinn schlug Autor seinerzeit die Unterbindung der V. poplitea vor. Diese Operation sieht Autor als Palliativmittel an, will jedoch in allen seinen Fällen (mit einer Ausnahme) eine zeitweilige Besserung beobachtet haben. Neu wies experimentell nach, daß der arterielle Blutdruck unterhalb eines arteriovenösen Aneurysmas fällt, während der venöse Blutdruck bedeutend steigt, der erhöhte Blutdruck in den Venen muß aber wiederum den Abfluß des venösen Blutes hindern, wodurch eine Erhöhung des kollateralen arteriellen Blutdrucks eintritt. Auf Grund dieser Tatsachen kommt Autor zum Schluß, daß sich der therapeutische Erfolg der Wietingschen Operation, durch welche genau genommen ein Aneurysma arterio-venosum gebildet wird, durch die Erschwerung des venösen Abflusses und den dadurch erzielten reduzierten Blutkreislauf erklärt; die schwache Seite der Operation sieht Autor darin, daß der Zufluß des arteriellen Blutes in die Arterie vermindert wird, wodurch der kollaterale Blutdruck sinken muß, während ein Erfolg nur durch Erhöhung des kollateralen arteriellen Blutdruckes erzielt werden kann, was bei Gangrän des Fußes durch Erschwerung des Abflusses, also durch Unterbindung der V. poplitea erreicht werden kann. Die Unterbindung der V. poplitea sieht Autor als Palliativum an, die Operation ist kontraindiziert bei Thrombophlebitis und Ödem der betroffenen Extremität. Hat die Gangrän schon begonnen, so werden, falls die Amputation nicht zugelassen wird, die Schmerzen zeitweilig vermindert, wenn auch das Fortschreiten des Prozesses nicht aufgehalten werden kann. Hat die Gangrän noch nicht begonnen, so kann die Extremität zeitweilig wieder funktionstüchtig werden.

v. Holst (Moskau).

Obere Gliedmaßen:

Magaudda, Paolo, Contributo allo studio delle sindromi nervose determinate dagli aneurismi dell'arteria succlavia. (Beitrag zum Studium der durch die Aneurysmen der A. subclavia hergerufenen nervösen Krankheitserscheinungen.) (*Scuola di neuropatol., univ., Roma.*) Riv. di patol. nerv. e ment. **18**, S. 83—92. 1913.

Bernhardt, M., Beitrag zur Lehre von den Verletzungen des N. radialis am Unterarm. Neurol. Zentralbl. **32**, S. 339—341. 1913.

Radialisverletzungen am Vorderarm gelangen gegenüber solchen am Oberarm relativ selten zur Beobachtung. Bei den bisher bekannten Fällen überwiegen die partiellen Lähmungen, bei denen nicht der gesamte Wirkungskreis des Speichennerven verloren gegangen ist, sondern nur bestimmte Muskelgruppen paralytisch geworden

sind oder gewisse Hautgebiete an Empfindungsvermögen eingebüßt haben. In der Regel bleiben um so mehr Muskeln intakt, je weiter peripheriewärts der Radialis getroffen ist. Die beiden mitgeteilten Fälle bestätigen dieses Gesetz.

Die I. Krankengeschichte beschreibt eine partielle Lähmung im Radialisgebiet infolge eines Säbelhiebs, der die Streckseite des Vorderarmes 16½ cm unterhalb des Condylus externus humeri durchschnitten hat. Die Funktion des Extensor digitorum communis, des Extensor indicis und digiti minimi proprius, des Extensor carpi ulnaris, des Abduktor pollicis longus sowie der Extensoren des Daumens ist aufgehoben. Die Sensibilität dagegen ist im wesentlichen erhalten; nur das Kältegefühl scheint abgestumpft. Bei dieser Verletzung ist somit lediglich der tiefe Ast des N. radialis durchtrennt worden. In dem II. mitgeteilten Falle ist nur der oberflächliche Radialszweig getroffen. Hier ist eine Revolverkugel 3 Querfinger unterhalb der Plica cubiti an der äußersten Radialstreckseite eingedrungen und hat ihren Weg bis zweifingerbreit unterhalb des Condylus internus humeri zur Ulnarbeugeseite des Vorderarmes genommen. Als einziges Zeichen einer Radialisverletzung besteht eine Herabsetzung des Gefühls für feinere Berührungen, Nadelstiche und Temperaturunterschiede an der Basis des Daumens, des Zeigefingers und (weniger intensiv) an dem Metacarpus II und III. In beiden Fällen ist eine operative Beseitigung der Störungen abgelehnt worden. *Meyer* (Köln a. Rh.).

Maass, Kongenitale Vorderarmsynostose. (Berliner Ges. f. Chirurg., Sitz. v. 10. u. 24. II. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 514—515. 1913.

Regnault, Jules, et Bourrut-Lacouture, Anévrisme professionnel de l'arcade palmaire superficielle. (Das Aneurysma des oberflächlichen Hohlhandbogens als Berufsleiden.) Rev. de chirurg. **33,** S. 337—344. 1913.

Die Entstehung von Aneurysmen an genannter Stelle ist längst bekannt, doch sehr selten, am seltensten jedoch werden sie durch stumpfe Gewalt hervorgerufen. Mitteilung eines diesbezüglichen Falles aus der marineärztlichen Praxis, in welchem bei einem Artilleristen durch gewohnheitsmäßig wiederholte heftige Schläge mit der Handfläche auf das Verschlußstück seines Geschützes ein kastaniengroßer Tumor im Hypothenar mit allen Eigenschaften eines Aneurysma entstand. Excision desselben unter doppelter Ligatur des Gefäßbogens, Heilung. Besprechung der einschlägigen Differentialdiagnostik und Kritik der Behandlungsmethoden, deren chirurgisch richtigste die Exstirpation ist. Die Verff. wollen die durch wiederholte Traumen vorbereitete Ruptur der Arterienwand als Arbeitsunfall bei dazu disponierenden Berufsverhältnissen angesehen wissen. *Fieber* (Wien).

Untere Gliedmaßen:

Arfanis, E., Tumeur énorme solide sacrococcygienne. (Großer derber Sacrokoccygealtumor.) Paris méd., S. 352—353. 1913.

Kasuistischer Beitrag. Die Geschwulst bildete ein Geburtshindernis für das totgeborene Kind. *Bergemann* (Berlin).

Mayet, Coxa vara et coxa valga chez le même adolescent. (Coxa vara und coxa valga bei demselben Kinde.) Ann. de méd. et chirurg. infant. **17,** S. 197. 1913.

Lance, M., À partir de quel âge peut-on entreprendre le traitement de la luxation congénitale de la hanche? (Mit welchem Altersjahre kann die Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung angefangen werden?) Gaz. d. hôp. **86,** S. 359—361. 1913.

Verf. ist der Überzeugung, daß man bei der angeborenen Hüftgelenkluxation sofort nach Feststellung der Diagnose reponieren müsse, wie dies Calot und Frölich (Nancy) empfohlen haben, selbst in dem Falle, wenn das Kind unter 2 Jahren ist.

Die Hauptfaktoren des Repositionsverfahrens sind: die anatomisch genaue Reposition, sowie eine derartige Anlegung des Verbandes, daß man den weitgehendsten Reinlichkeitsanforderungen entsprechen könne, was besonders bei Säuglingen wichtig ist. Zu diesem Zwecke studierte Verf. bezüglich der Gypstechnik ein Verfahren aus, das sich in vielen Fällen als besonders zweckmäßig erwies.

Die frühzeitige Reposition der Luxatio congenita hat den Vorteil, daß die Reduktion viel leichter gelingt, daß nach endgültiger Entfernung der Verbände keine Ankylose zurückbleibt, und daß nach der Reposition der Gang bedeutend vollkommener ist, da derselbe durch das gewöhnte Hinken nicht gestört wird.

Béla Dollinger (Budapest).

Taylor, Henry Ling, Results in hip tuberculosis after mechanical treatment (without traction), and hygiene. (Heilungsergebnisse der tuberkulösen

Hüftgelenkentzündung nach mechanischer Behandlung [ohne Extension] und allgemein hygienischen Maßnahmen.) Americ. journal of orthop. surg. **10,** S. 333—353. 1913.

An der Hand von 7 in der Orthopädischen Abteilung des New York Post-Graduale Hospital behandelten Fällen von Coxitis tuberculosa bespricht Taylor die Prinzipien seiner Behandlungsmethode. Kinder werden mit Gipsverbänden behandelt. Erwachsene erhalten die Phelpssche Schiene, in der das kranke Bein suspendiert ist, und gehen an Krücken. Besteht ausgesprochene Hüftdeformität oder sind sehr acute Symptome vorhanden, so wendet T. für einige Wochen eine mäßige Gewichtsextension (5—8 Pfund) an. Abscesse werden nicht punktiert oder ausgekratzt, sondern inzidiert, drainiert und sauber gehalten. Im übrigen wird für zweckentsprechende Diät und Klimatotherapie Sorge getragen. Sobald die frischeren Krankheitserscheinungen, Muskelspasmen verschwunden sind, wird die Apparatbehandlung ausgesetzt; jedoch werden Krücken sowie kurze Gipsverbände weiter verordnet. Extensionsmaßnahmen verwendet T. bis auf die oben genannte kurzdauernde Traction bei ganz akuten Erscheinungen oder schlechter Stellung überhaupt nicht. *Bibergeil* (Berlin).

Bradford, E. H., Fixation in the treatment of hip disease. (Ruhigstellung des Hüftgelenks in der Behandlung der tuberkulösen Hüftgelenksentzündung.) Americ. journal of orthop. surg. **10,** S. 354—362. 1913.

Verf. fordert möglichst absolute Ruhigstellung des Gelenks, die allein durch Extension zu erreichen sei, dabei aber portativen Verband. Die bekannten Apparate leisten bezüglich der Fixation nach ihm nur unvollkommenes. Empfehlung einer aus der Knieschiene von Thomas entwickelten Extensionsgehschiene mit Dammstütze. Abbildungen. *Wiemann* (Flensburg).

Nageotte-Wilbouchewitch, Un cas de luxation récidivante de la rotule. (Ein Fall von rezidivierender Patellarluxation.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris S. 14—18. 1913.

Es handelt sich um ein 15jähriges Mädchen, das im Zimmer zu Boden fiel und demzufolge eine Luxation der Kniescheibe nach außen erlitt. Die Reposition gelang leicht. Verf. beobachtete bei diesem Mädchen vor 5 Monaten bereits zweimal dieselbe Luxation, die jedesmal im Anschlusse an ein ziemlich unbedeutendes Trauma auftrat. Interessant und auf die Ätiologie derartiger Verrenkungen von besonderer Bedeutung ist jener Umstand, daß beide Knie der Kranken besonders spitz geformt sind, demzufolge sind die Kniescheiben größer, als in der Norm und ragen zwischen den Kondylen viel stärker hervor. Genua valga sind nicht vorhanden. Diese abnorme Form der Patellen ist bei mehreren Mitgliedern der Familie der Kranken vorhanden und bildet höchstwahrscheinlich den Grund, daß in genannter Familie binnen kurzem schon mehrere Patellarverrenkungen beobachtet wurden. *Béla Dollinger* (Budapest).

Lejars, Le traitement des fractures de la rotule. (Die Behandlung der Kniescheibenbrüche.) (*Hôp. St. Antoine.*) Sem. méd. **33,** S. 121—124. 1913.

Lejars empfiehlt für Kniescheibenbrüche die Umschnürung (Cerclage), für kleine nahe der Basis oder Spitze die Hemicerclage nach Quénu. Er will die Cerclage in allen Fällen angewendet wissen, bei denen nicht gegen einen operativen Eingriff überhaupt eine Indikation besteht. Nachdem 3 Tage das verletzte Bein auf einer Schiene gelagert worden ist, um die Blutung zum Stehen zu bringen, legt er durch einen Bogenschnitt am unteren Rande die Kniescheibe frei, entfernt auf das Genaueste alle Blutgerinnsel aus den Geweben und dem Gelenk, umschnürt die Patella mit Aluminiumbronzedraht — Silberdraht eignet sich nicht wegen seiner Brüchigkeit — näht dann die Weichteile. Acht Tage lang wird das Gelenk durch einen Gipsverband fixiert, dann folgen Massage, aktive und passive Bewegungen. 10 bis 12 Tage nach der Operation stehen die Verletzten auf und gehen an Stöcken umher, nach etwa 1 Monat haben sie ein normal bewegliches Kniegelenk. Die endgültige Funktion des Kniegelenks, besonders die Beugung hängt besonders bei den Unfallversicherten von dem „guten Willen" bei den Übungen ab. L. hält die Umschnürung für die beste, dabei einfache und ungefährliche Methode, die besser als die Knochennaht ist. Strengste Asepsis bei der Ausführung ist für gutes Resultat erste Forderung, da der Metalldraht später leicht zu Beschwerden Anlaß gibt. L. hat 51 Verletzte behandelt, 1 an Delirium verloren, bei einem zweiten war der Erfolg ungünstig, da infolge von Eiterung Ankylose eintrat, in den übrigen 49 Fällen war das Resultat gut, der Draht machte auch späterhin keine Schmerzen. An der Hand ausführlicher Darlegungen verwirft er alles andere Nahtmaterial außer Aluminiumbronzedraht für die Cerclage, besonders das resorbierbare, ferner auch die komplizierteren Methoden, z. B. von Payr, Funke. Der Kausch' Beugestellung und Nachbehandlung hat er sich einmal bedient, von ihrer weiteren Anwendung aber abgesehen, da die Naht infolge zu starker, früher Beugung riß. *Simon* (Breisach).

Hering, W., Luxationen im Kniegelenk. (*Kgl. Krankenstift, Zwickau i. S.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **83,** S. 352—360. 1913.

4 Fälle von Luxation des Unterschenkels nach vorne. Interessant ist der Ent-

stehungsmodus: Immer Überstreckung, 3 durch Fahrstuhlunglück bedingt, Luxation stets links (Standbein), die vierte Luxation entstand durch Fall mit gespreizten Beinen und hierdurch bedingter Überstreckung des vorgesetzten (wiederum linken) Beines. Die Reposition gelang stets leicht, 2 mal jedoch mußte die tiefe Oberschenkelamputation wegen Nekrose des Unterschenkels infolge Zerreißung der Poplitealgefäße ausgeführt werden, nachdem in einem Falle die Gefäßnaht versucht war, die sich aber wegen weiter Retraktion des peripheren Endes als unmöglich erwiesen hatte. *Fromme* (Göttingen).

Miyauchi, K., Die Häufigkeit der Varicen am Unterschenkel bei Japanern und der Erfolg einiger operativ behandelter Fälle. (*Orthop.-chirurg. Univ.-Klin., Tokio.*) Arch. f. klin. Chirurg. **100,** S. 1079—1093. 1913.

Bei der mongolischen Rasse, besonders bei den Japanern, sind hochgradige Varicenbildungen sehr selten. Miyauchi sucht diese auffallende Tatsache zu ergründen und glaubt, daß ätiologisch die besondere Lebensweise der Japaner in erster Linie zur Erklärung heranzuziehen sei. Der Japaner sitzt bekanntlich in der Weise auf Fußmatten, daß er die Beine im Knie vollständig gebeugt hält und die Fußsohlen unter die Sitzknorren bringt; bei längerem Sitzen nimmt er zeitweise eine Haltung ein, bei welcher die Beine nach vorne gestreckt oder leicht gebeugt werden, so daß der Körper auf dem Gesäß ruht. Bei der japanischen Sitzweise werden die Unterschenkelvenen, wenigstens die Vena saphena magna nicht gedrückt und infolgedessen nie venöse Störungen hervorrufen. Die Blutzirkulation kann gut stattfinden, selbst bei funktionsunfähigen Venenklappen. Varicenbildung würde häufiger werden, wenn die Japaner sitzend auf Stühlen arbeiten würden. Krankengeschichten der drei einzigen Fälle der großen 20jährigen Klinikpraxis. *de Ahna* (Potsdam).

Böcker, W., Zur Frage der Indikationen der Arthrodese. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 458—459. 1913.

Im Gegensatz zu der neuerdings wieder vielfach empfohlenen Arthrodese bei Lähmungen präzisiert Verf. seinen Standpunkt auf Grund seines reichhaltigen Materials. Da ossäre Ankylosen bei Kindern unter 10 Jahren selten erzielt werden, ist es ratsam, die Operation bis zur Adoleszenz hinauszuschieben. Lorenz, Lange und Jones arthrodesieren, ausgenommen das Schultergelenk, erst jenseits des 15. bzw. 20. Lebensjahres. Am Hüftgelenk ist der Erfolg der Arthrodese unsicher, der Eingriff ist lebensgefährlich und das Resultat ist eine starke Sitzbehinderung. Dagegen ermöglichen moderne Apparate ein sicheres Stehen und bequemes Liegen. Am Knie Arthrodese nicht ganz zu verwerfen. Ein steifes Knie beim Sitzen nicht besonders hinderlich. Wenn beide Knie gelähmt, dann an dem einen Arthrodese, am anderen Apparat. Versteifung des Fußgelenkes stört beim Gehen nur wenig. Auch beide Fußgelenke können ohne Nachteil versteift werden. Zur Verhütung späterer Deformitäten wie Varus-, Valgus-, Hacken- und Hohlfußstellung (Verf. beschreibt einen solchen Fall) muß auch das untere Sprunggelenk arthrodesiert werden. Den Vorzug verdient Arthrodese in Verbindung mit Fasciotenodese. Verf. scheut sich nicht, Knie- und Fußgelenk derselben Seite zu versteifen, nie aber die drei großen Gelenke eines Beines. Grundsätze sind also: Keine Hüftversteifung, Knieversteifung erlaubt, Fußarthrodese zu empfehlen. Das Ellenbogengelenk darf nicht arthrodesiert werden. Bezüglich des Schultergelenkes schließt sich Verf. der Ansicht von Lorenz und Vulpius an, die dringend zur Arthrodese dieses Gelenkes raten. Beim Handgelenk ist es am richtigsten, eine gewisse Beweglichkeit zu erhalten, deshalb Tenodese in leichter Dorsalflexion. *Weber* (München).

Malis, N. M., Ein Beitrag zur Frage des statischen Plattfußes. Ärzte-Zeitung **20,** S. 279—282. 1913. (Russisch.)

Der Aufsatz bringt nichts Neues.

Hinsichtlich der Schuheinlagen empfiehlt Autor die Methode von Fritz Lange: auf ein Gipsmodell des Fußes werden gestrickte Binden, welche mit Celluloidlösung durchtränkt sind, aufgelegt; um dem Ganzen einen besseren Halt zu geben, werden einige Stahldrähte mit eingefügt. Nachdem das Celluloid hart geworden ist, erhält man auf diese Weise eine vorzügliche Schuhwerkeinlage, die nach Lange in 98% der Fälle zum Ziel führen soll. *v. Holst* (Moskau).

Chaput, Plusieurs cas de fractures rares du cou-de-pied. (Einige seltene Frakturen des Fußgelenkes.) Rev. d'orthop. **24,** S. 163—170. 1913.

a) Fraktur des Processus posterior des Schienbeines sowie der Fibula. Der Malleolus

ext. erscheint groß dick, die Malleolengabel ist verbreitert der Talus und Calcaneus nach außen und hinten luxiert. Die Frakturlinie läuft hinten und betrifft den processus post. der Fibia sowie der Tibia. Diagnostisch insoweit interessant als keine Verschieblichkeit in den Frakturenenden zu konstatieren ist. b) Frakturen der Tibia an ihrer marginalen Fläche mit Spaltung des Knochens in der Längsrichtung auf 6—7 cm bis in die Artikulationsfläche. Ebenfalls keine abnorme Beweglichkeit. Wegen der Beteiligung der Gelenkfläche an der Fraktur führen sie leicht zu Ankylosierung und Arthritis. c) Fraktur des Os trigonum. Absprengung und Beweglichkeit des anatomisch selteneren Os trigonum, ohne wesentliche Dislokationen. *v. Mayersbach* (Innsbruck).

Brocq, Pautrier et May, Lésion ulcéreuse et végétante du pied, de nature inconnue, probablement mycosique. (Wuchernde Geschwürsbildung auf dem Fuß, unbekannter, wahrscheinlich mykotischer Natur.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. **24,** S. 136—139. 1913.

Eine genaue Diagnose einer ausgedehnten Geschwürsbildung, die sich auf dem Fußrücken eines 36jährigen Tischlers im Verlauf von 14 Monaten aus einem beginnenden Ödem gebildet hatte, ließ sich nicht stellen. Lues und Tuberkulose konnten ausgeschlossen werden; bakterielle Untersuchungen waren stets negativ. Mikroskopisch fand sich gefäßreiche Infiltration der Epidermis und des Papillarkörpers. Große Joddosen innerlich und Jodtinktur äußerlich wirkten sehr günstig ein, so daß Verff. eine Blastomycose annehmen. *Vorderbrügge* (Danzig).

Cicero, R. E., El micetoma. (Der Madurafuß.) Gaceta médica del Sur de España **31,** S. 113—115 u. 132—137. 1913. (Spanisch.)

Verf. hatte Gelegenheit, 5 Fälle von Madurafuß in Mexiko zu beobachten. In seiner ausführlichen Arbeit tritt Verf. für energisches operatives Eingreifen ein, das, da die Kranken meistens erst spät zum Arzt kommen, in Amputation besteht. Einen Versuch mit innerer Medikation hält C. für völlig zwecklos. Sämtliche Fälle vom Verf. waren landwirtschaftliche Arbeiter, die ihre Arbeit stets barfuß verrichteten. *Lazarraga* (Marburg).

Lidski, Primenenie „reducirowannago" krowoobraschtschenija pri letschenii gangreni. (Anwendung von „reduzierter" Blutzirkulation bei Gangränbehandlung.) Praktitschesky Wratsch **12,** S. 104—105 u. 121—122. 1913. (Russisch.)

Verf. publiziert 3 Fälle beginnender Gangrän der Zehen, die nach dem Vorschlag von Oppel durch Unterbindung der entsprechenden Vene behandelt worden sind. In allen Fällen wurde die Vena poplitea unterbunden. In einem Falle keine Besserung (Beobachtungszeit 9 Tage), in den 2 anderen Fällen vergingen die Schmerzen und vernarbten die Wunden. Verf. erklärt diese Erscheinung durch bessere Ernährung des kranken Gliedes durch Funktion der Kollateralen, die früher in inaktivem Zustande sich befanden. Verf. proponiert die Operation zwecks Stillung der Schmerzen bei Verengerung der Arterien und normalen Lumen der Venen, während die Erhaltung des Gliedes durch diese Operation nicht garantiert werden kann. *Joffe* (Dorpat).

Rendu, André, et Loaec, Hypertrophie congénitale des premier et deuxième orteils. (Angeborene Hypertrophie der 1. und 2. Zehe.) (*Hôp. de la charité.*) Rev. d'orthop. **24,** S. 157—162. 1913.

Demonstration eines 12jährigen Knaben mit 2 abnorm großen Zehen des linken Fußes. Die Größe nahm innerhalb eines Jahres um 1 cm zu. Die Vergrößerung betrifft hauptsächlich Metacarpus, 1. und 2. Zehenglied mit Zunahme der Vergrößerung vom Metacarpus zur Zehenspitze. Ebenso wie das Großzehenglied aber in geringerem Ausmaße ist die 2. Zehe hypertrophisch. Knochen und hauptsächlich Weichteile und Cutis sind in gleicher Weise an der Hypertrophie beteiligt. Haut elephantiastisch ohne trophische Störungen, Subkutis in allen Gewebsbestandteilen bis auf das 3fache vermehrt ohne irgendwelche entzündliche Erscheinungen. Diagnose: Reine wahre Hypertrophie. Therapie: Enucleation. Prognose: gut, kann aber in einzelnen Fällen an anderen Körperteilen rezidivieren. *v. Mayersbach* (Innsbruck).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie
Band I, Heft 12 und ihre Grenzgebiete S. 537—632

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

●**Quervain, F. de, Spezielle chirurgische Diagnostik für Studierende und Ärzte. 4. vervollst. Aufl.** Leipzig, Vogel. 1913. XIX, 790 S. M. 18,—.

In der 4. Auflage des ausgezeichneten Werkes sind eine Reihe Ergänzungen neu aufgenommen worden. Namentlich die Berücksichtigung der Ergebnisse der Röntgenuntersuchung in bezug auf die Diagnose der Magen-Darmkrankheiten bedeutet eine besonders wertvolle Bereicherung des auch für den Fachchirurgen ungemein lehrreichen Buches. In den verschiedenen Abschnitten werden alle modernen Untersuchungsmethoden eingehend gewürdigt, entsprechend dem Zwecke des Werkes legt aber Verf. das Hauptgewicht auf die scharfe klinische Beobachtung, auf den logischen Gang der Untersuchung und auf die richtige Verwertung der Symptome. Wieweit diese Methode bei der Differenzierung der einzelnen Krankheitsbilder helfen kann, beweist z. B. das Kapitel der Frakturen, in welchem Verf. die Stellung exakter Diagnosen auch ohne sofortige Beiziehung des Röntgenbildes möglich macht. Zahlreiche typische, im Laufe der Darstellung angebrachte persönliche Beobachtungen verleihen dem Buche ein ungemein lebendiges Gepräge; die reiche Auswahl ausgezeichneter Abbildungen sowie zahlreiche schematische Übersichtstafeln tragen dazu bei, das Verständnis einzelner komplizierteren Punkte ganz wesentlich zu erleichtern. Eine eingehende Besprechung der einzelnen Kapitel ist mangels an Raum nicht möglich, es seien nur einige der besonders wichtigen herausgegriffen. Zunächst behandelt Verf. die Diagnose der Schädelverletzungen mit ihren begleitenden Komplikationen; die Symptomatologie der Hirnerschütterung, des Hirndruckes und der Hirnquetschung wird unter Berücksichtigung der Lehren Kochers ausführlich auseinandergesetzt. Es folgen dann die Hirnkomplikationen der eitrigen Mittelohrentzündung, deren Entstehung durch sehr wohlgelungene halbschematische Abbildungen veranschaulicht werden. Die Epilepsiefrage wird an Hand typischer Beobachtungen nach allen Seiten hin beleuchtet. Zum Schlusse werden die Hirnlokalisationslehre und die Herddiagnose unter Beiziehung klarer Schemata besprochen. Unter den nachfolgenden Abschnitten hebe ich die Halsabscesse, die Halsfisteln und die Krankheiten der Schilddrüse hervor. Im Kapitel der fehlerhaften Halsstellungen finden wir trefflich gelungene Röntgenbilder von den verschiedenen Arten Luxationen und Frakturen im Gebiete der Halswirbelsäule. Der umfangreichste Abschnitt des Werkes wird den chirurgischen Erkrankungen des Bauches gewidmet: er beginnt mit einer topographischen Übersicht der Baucheingeweide und mit der Besprechung der abnormen Lage derselben, 14 typische Röntgentafeln erläutern in schönster Weise die meist auf eigenen Untersuchungen beruhenden Ausführungen des Verf. über die Magen- und Darmverlagerungen. Vom modernen Standpunkte aus wird die Peritonitis und die Appendicitis beleuchtet, ebenso die praktisch so wichtige Kolitis, chronische Appendicitis und Funktionsstörungen des Darmes. In dem Abschnitt über die Hernien finden wir eine vollständige Reihe typischer Abbildungen, außerdem kritische Bemerkungen über die Unfallshernien und über die Brucheinklemmung. Mit besonderer Gründlichkeit bespricht Verf. die Wirbelsäulenverletzungen und ihre Folgen, wobei die topische Diagnose der Rückenmarksaffektionen durch sehr anschauliche Schemata und Tabellen erläutert werden. Meisterhaft wird die Diagnose der Affektionen der Extremitäten durchgeführt; auch hier illustrieren viele ausgezeichnete Röntgenbilder die Ausführungen des Verf., der auch die selteneren Krankheitsbilder eingehend besprochen hat. Die klare, lebendige Darstellungsart des Verf. gestaltet die Lektüre des Werkes zu einem wahren Genuß. *Monnier* (Zürich).

Ebeling, Albert H., The permanent life of connective tissue outside of the organism. (Das Dauerleben von Bindegewebe außerhalb des Organismus.) (*Laborat. of the Rockefeller inst. for med. res., New York.*) Journal of exp. med. **17,** S. 273—285. 1913.

Kleine Teilchen von Herz und Blutgefäßen, die Hühnerembryonen von 7—18 Tagen entnommen waren, hatten 138 Passagen in frische Kulturmedien durchgemacht und waren nach mehr als einem Jahr noch im Zustand aktiven Wachstums. Mikrophotogramme zeigen schön die radiär von einem schon im Absterben begriffenen Zentrum aus vorwachsenden Gewebselemente. *Kreuter* (Erlangen).

Heyde und Vogt, Studien über die Wirkung des aseptischen chirurgischen Gewebszerfalles und Versuche über die Ursachen des Verbrennungstodes. (*Chirurg. Klin., Marburg a. L.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. **1,** S. 59—104. 1913.

Die außerordentlich inhaltsreiche Arbeit bietet neue interessante Ausblicke über die Ursachen des Verbrennungstodes und über die Ursache des Todes nach einseitiger Nephrektomie. Auf Grund zahlreicher, in den verschiedensten Versuchsanordnungen angestellten Experimenten kamen die Autoren zum Schlusse, daß verbranntes arteigenes Gewebe unter Umständen nach der Art des artfremden wirken kann. Für die Auffassung, daß ein genügend großer Verbrennungsherd III. Grades den Organismus in eine Art dauernder Sensibilisierung versetzt, spricht die Beobachtung, daß es gelingt, durch die Ausschneidung des verbrannten Herdes die Versuchstiere am Leben zu erhalten und andererseits die Möglichkeit, Tiere, die keine Verbrennung erlitten hatten, durch die Aufpfropfung verbrannter Lappen so zu beeinflussen, als hätten sie selbst eine schwere Verbrennung davongetragen. Heyde und Vogt gelang es sogar, das im Harne angebrannter Versuchstiere auftretende giftige Prinzip auch im Harne dieser Transplantationstiere nachzuweisen. In bezug auf dieses giftige Prinzip ergaben die Versuche, daß im Harne verbrannter und schon im Harne normaler Menschen eine Substanz sich gewinnen läßt, die äußerst charakteristische Erscheinungen zeigt und die Tiere unter einem ganz bestimmten Symptomenkomplex erkranken läßt, der aus motorischer Unruhe, Krämpfen, hochgradiger Dyspnoe besteht, wozu sich die vom anaphylaktischen Shock her bekannten Symptome, wie Putzen, Kratzen, Kauen, Abgang von Urin und Kot sich gesellen. Bei der Sektion der akut eingegangenen Tiere fand sich eine Hyperämie des Magen-Darmtractus, ein Flüssigbleiben des Blutes und eine Leukopenie. Auf der Suche nach dem Harngift gelang es Heyde und Vogt mit Guanidinpräparaten das typische Vergiftungsbild hervorzurufen. Die Autoren bezeichnen als die Hauptresultate ihrer Untersuchungen den Nachweis eines chemisch gut definierten Körpers niederer Konstitution, der imstande ist, die Symptome hervorzurufen, wie sie beim Überempfindlichkeitsshock und nach der Einwirkung des toxischen Prinzipes des Verbrühungsharnes auftreten, und den Nachweis, daß die Giftigkeit solcher Substanzen abnimmt, je höher sie konsituiert sind. So konnte an den reinen Albumosen weder eine fiebererregende, noch toxische Wirkung festgestellt werden. Als praktisches Resultat aus diesen Versuchen empfehlen die Autoren bei Verbrennungen III. Grades nach Möglichkeit die Verbrennunsherde zu exzidieren, den Körper vor dem Wasserverlust aus den Wunden zuschützen, den Kranken mit isotonischer $CaCl_2$-Lösung zu behandeln und eventuell Atropin in höheren Dosen zu geben. Nach Übertragung der Resultate von Tierversuchen über die Ursachen des Todes nach einseitiger Nephrectomie auf die Erfahrungen der menschlichen Pathologie gelangten Heyde und Vogt durch Analogieschluß zur Auffassung, daß das nach Nierenoperationen bei vorwiegend einseitiger Erkrankung einsetzende urämische Coma häufig nicht reflektorischer, sondern toxischer Natur ist. *Leuenberger* (Bern).

Korneff, P., Über die freie Fascientransplantation. Experimentelle und klinische Untersuchungen. (*Chirurg. Fakultätsklin. d. Prof. H. Zeidler am Med. Inst.*

f. Frauen, Kais. Inst. f. exp. Med., St. Petersburg.) Dissertation. St. Petersburg; 125 S. 1913. (Russisch.)

Verf. hat 50 Versuche an Hunden und Kaninchen vorgenommen, welche die pathologisch-anatomischen Veränderungen der frei transplantierten Fascie illustrieren sollen. Die Versuche lassen sich in drei Serien gliedern. 33 Experimente betreffen den Ersatz von Achillessehnendefekten durch Fascia lata. 12 mal wurden Defekte der Thoraxwand und 5 mal Bauchwanddefekte gedeckt. Aus der ersten Serie lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

Der „Fascienmuff", welcher die Enden der resezierten Achillessehnen verbindet, sorgt in der ersten Zeit sehr zuverlässig für ein gutes Zusammenhalten. Der Sehnendefekt beginnt darauf durch junges Bindegewebe ersetzt zu werden, welches von allen Seiten die transplantierte Fascie umwuchert und mit Gefäßen versorgt. Das umgebende Bindegewebe erwirbt allmählich einen sehnigen Charakter und zum Ende des 2. Monats unterscheidet es sich von der alten Sehne bloß durch größeren Zellenreichtum und unregelmäßige Faseranordnung. Makroskopisch fehlt die glänzende Beschaffenheit und ist es dicker als das Normalgewebe. Allmählich schwinden auch diese Unterschiede. Die Kerne der Fascie selbst verlieren in der ersten Zeit ihre Färbung, — ein Umstand, welcher der mangelhaften Ernährung zuzuschieben ist. Schon zum Ende der 3. Woche vermehrt sich gleichzeitig mit der zunehmenden Gefäßneubildung auch die Kernzahl. Die transversalen Fascienbündel schwinden bereits nach 3 Wochen dank der Inaktivität, während die Längsfasern stärker werden. Allmählich jedoch meist zum Ende des 2. Monats werden die Längsfasern sehnenähnlich und zum Ende des 3. Monats schwinden alle Unterschiede. Die elastischen Fasern bleiben immer gut erhalten. In einer 2. Serie von Versuchen (12 Experimente) wurden Thoraxwanddefekte durch frei transplantierte Fascie gedeckt. Zu diesem Zwecke wurden mittels Rippenresektion und Entfernung von Muskulatur und Pleura große viereckige Defekte erzeugt und auf die angegebene Weise geschlossen. Verf., welcher als erster derartige Versuche ausgeführt hat, hat sich bemüht in dieser Versuchsreihe möglichst über Dauerresultate zu verfügen und fand die Tötung der Versuchstiere nach 10 Monaten bis zu einem Jahr statt. Von 12 Hunden konnte bei 7 Tieren ein voller Erfolg konstatiert werden. 2 Hunde gingen an eitriger Pleuritis zugrunde, 3 Tiere überlebten den Eingriff nicht und gingen an Shock zugrunde. Der künstliche Defekt war etwa 8 × 6 cm groß. Auf Grund dieser Versuchsreihe kommt Verf. zu folgenden Schlüssen. Große Thoraxwanddefekte können vorzüglich mit frei transplantierter Fascia lata geschlossen werden. Die transplantierte Fascie wird von allen Seiten von Narbengewebe umgeben, welche die Ernährung des Transplantats besorgt. Das Narbengewebe wird allmählich flacher und fester. Falls keine Pleurainfektion stattfindet, verklebt die Lunge nicht mit der Fascie. Das Transplantat wird an seiner Innenseite von flachen Endothelzellen der Pleura bedeckt. Die perifasciale und endofasciale Schicht werden von jungem Bindegewebe und Gefäßen durchwuchert und verlieren ihre primäre Struktur. Die eigentlichen Fascienbündel jedoch verändern sogar nach 1 Jahr ihre Struktur nicht. Die Wucherung der elastischen Fasern erreicht nach 3—4 Monaten ihr Maximum. Nach einem Jahr kehrt ihre Zahl zur Norm zurück. In der 3. Serie wurden Peritonealmuskeldefekte der vorderen Bauchwand durch frei überpflanzte Fascie gedeckt und damit die einschlägigen Versuche Kirschners nachgeprüft (5 Versuche). Verf. fand, daß solche Defekte ausgezeichnet durch freie Transplantation der Fascie gedeckt werden können. Selbst in solchen Fällen, in welchen eine oberflächliche Infektion der Wände erfolgte, konnte nach 5 Monaten keinerlei Vorwölbung der Bauchwand konstatiert werden.

Im klinischen Teil der Arbeit findet sich zunächst eine kritische Besprechung von 80 Fällen aus der Literatur. Am häufigsten wurde die freie Facsientransplantation bei Duradefekten angewandt (26 mal). 15 mal wurden mittels dieser Methode Bauchwanddefekte geschlossen und 13 mal ankylotische Gelenke mobilisiert. 10 mal wurden Defekte an Hohlorganen geschlossen und 3 mal die künstliche Darmstenose nach Bogoljuboff vorgenommen. Den Rest der Fälle bildeten Muskelplastiken u. a. Das eigene Material des Verf. besteht aus 18 Fällen, davon entfallen 12 Fälle auf große Inguinalhernien, darunter 5 Rezidivisten. Ferner je ein Fall von Hernia cruralis, Hernia pulmonalis, Pleuradefekt nach Stichverletzung und Prolapsus recti (Fascienring nach Brunn), Kryptorchismus und Kieferankylose. Bemerkenswert sind die Fälle von Pleuradefektverschluß, welche vorzüglich gelangen. Die Methode ist in allen solchen Fällen indiziert, in welchen die Naht nicht möglich ist. Besonders wertvoll erscheint sie nach Resektion von Brustwandtumoren. Auch bei Rectalprolaps ist die Fascienplastik nach Brunn eine vorzügliche Methode. Bei Kryptorchismus schlägt Verf. folgendes Verfahren vor: Das Testikel wird durch ein 9 × 4 cm großes Fascienstück gezogen

und der Einschnitt in demselben durch Naht verengt. Fixation des Fasciensackes im Scrotum. Am effektvollsten ist der Fall von vollständiger Kieferankylose nach Scharlach. Durch Interposition frei verpflanzter Fascie Wiederherstellung der Funktion. Diese Methode ist technisch wesentlich einfacher als die komplizierten Muskelinterpositionen nach Helferich und v. Miculicz und aus diesem Grunde vorzuziehen. — Von den 18 Fällen des Verf. ist bloß ein Mißerfolg wegen Vereiterung eines Scrotalhämatoms zu verzeichnen. Muskelhernien an der Fascienexstirpationsstelle wurden nicht beobachtet. Verf. macht den Vorschlag bei Cruralhernien im Hinblick auf die bestehende Rezidivgefahr stets die freie Fascientransplantation als Methode der Wahl auszuführen. Der Arbeit sind Tabellen mit Mikrophotogrammen beigefügt. *Hesse* (St. Petersburg).

Sabella, Nicholas, Use of the fetal membranes in skin grafting. (Verwendung fötaler Membranen zur Transplantation.) Med. record **83,** S. 478—480. 1913.

Zur Deckung großer Hautdefekte wird das Amnion des Nabelstranges und der Fortsetzung der inneren Oberfläche desselben empfohlen. Diese Teile werden post partum in warmem Wasser gereinigt und in physiologischer Kochsalzlösung aufbewahrt; sie können darin bis 72 Stunden lebend erhalten werden. Vor der Überpflanzung wird der Nabelstrang aufgeschnitten, die Blutgefäße werden entfernt, die äußere Membran in Stücke von passender Größe geschnitten und auf den präparierten Hautdefekt aufgelegt. Darüber kommt ein gefensterter, impermeabler Stoff, der an den Rändern ev. mit Collodium befestigt wird, sodann ein feuchter Verband mit Kochsalzlösung, der täglich erneuert wird. Kurze Notiz über 5 Fälle. *Kindl* (Prag).

[Chir.Kong.] **Schlossmann, Welchen praktischen Wert haben Blutgerinnungsbestimmungen für die Chirurgie?**

Die Grundlage zur praktischen Verwertung von Blutgerinnungsbestimmungen ist das Vorhandensein eines möglichst einfach zu handhabenden, dabei möglichst genau arbeitenden Gerinnungsapparates. Redner hält für die Praxis den von Bürker angegebenen für am zweckmäßigsten. Gerinnungsbestimmungen sind in diagnostischer Beziehung chirurgisch wertvoll zur Erkennung verkappter und unvollständiger Hämophiliefälle, bei denen die klinischen Bluterscheinungen mehr oder weniger fehlen, trotzdem Schwergerinnbarkeit des Blutes vorhanden ist. Als differentialdiagnostisches Hilfsmittel für klinisch zweifelhafte Fälle von Hyper- oder Hypothyreoidismus (Kocher) bewähren sich die Gerinnungsuntersuchungen des Blutes nicht. Nur bei ausgesprochenen Fällen von Basedow oder Myxödem fanden sich schwache Gerinnungsveränderungen in dem von Kottmann festgestellten Sinne. — Prognostisch sind Gerinnungsbestimmungen sehr bedeutungsvoll bei chirurgischen Eingriffen bei Cholämie. Sie geben einen guten prognostischen Anhalt sowohl für die allgemeine Widerstandskraft des cholämischen Organismus, als auch für die Größe der eventuell zu erwartenden Nachblutungsgefahren. Die therapeutischen Folgewirkungen der Gerinnungsuntersuchungen sind bisher praktisch noch wenig befriedigend. Mittel zur allgemeinen Beeinflussung von Gerinnungsstörungen sind durchaus unsicher in ihrer Wirkung. Fortschritte hat nur die lokale Blutstillung gemacht durch Anwendung gerinnungsfördernder Gewebssäfte. Die nach der Methode des Redners steril und haltbar bereiteten Preßsäfte aus menschlichen Strumen und tierischem Organgewebe haben ihre gute blutstillende Wirkung bei parenchymatösen Operationsblutungen und besonders bei Blutungen infolge krankhafter Gerinnungsverhältnisse bewährt. *Selbstbericht.*

[Chir.Kong.] **Unger** weist darauf hin, daß bei vergleichenden experimentellen Untersuchungen über den Einfluß gewisser Substanzen auf die Gerinnbarkeit des Blutes das zu untersuchende Blut in der Weise dem Gefäß entnommen werden muß, daß es nur das Endothol berührt. Es muß die Vermischung des Blutes mit auch nur geringen Mengen von Gewebssaft vermieden werden. Die Gerinnungsfähigkeit des Blutes wird durch konzentrierte Salzlösungen außerordentlich erhöht. *Katzenstein* (Berlin).

Petroff. Es ist praktisch, nicht nur die zu langsame, sondern auch die zu rasche Gerinnung des Blutes, besonders bei der Extremitäten-Gangrän zu berücksichtigen. Die Gerinnung beschleunigende Eigenschaft des Preßsaftes kann auch er bestätigen. *Katzenstein* (Berlin).

Gismondi, Alfredo, Contributo alla terapia degli stati emorragici colle iniezioni di siero. (Beitrag zur Behandlung hämorrhagischer Zustände mit Serum-Injektion.) (*Clin. pediatr., univ. Genova.*) Pediatria **21**, S. 55—65. 1913.

Ein 8jähriger Knabe, der mehrfach bereits an Purpura rheumatica erkrankt gewesen war, litt an mit Fieber verbundenem Nasenbluten, Blutbrechen und blutigen Stühlen; am Körper bestanden außerdem zahlreiche Blutaustritte unter die Haut. Nach subcutaner Einspritzung von 10 ccm Pferdeserum verschwanden diese Erscheinungen auffallend schnell. Eine Nachkur mit einer Adrenalinlösung $^1/_{1000}$, 30Tropfen täglich, brachte völlige Ausheilung. In einem zweiten Falle erkrankte ein 9jähriger Knabe im Anschluß an Typhus an häufigen blutigen Stuhlausleerungen. Durch subcutane Erspritzung von 10 ccm Pferdeserum wurden die blutigen Ausleerungen prompt beseitigt. Nach Ansicht des Verf. wirken Seruminjektionen heilend nicht nur bei dyskrasischen Blutungen z. B. bei Hämophilie, sondern auch in anderen Fällen von Hämorrhagien, in denen es sich nicht um eine verminderte Koagulationsfähigkeit des Blutes handelt. Das eingespritzte Serum wirkt nicht direkt koagulierend auf das Blut, sondern als Antigen anreizend auf die Erzeugung thromboplastischer Antikörper. Daher erklärt es sich auch, daß das Serum nicht nur bei dyskrasischen Blutungen heilsam ist. Es ist aus demselben Grunde nicht nötig, daß das zu injizierende Serum frisch ist. *Herhold* (Hannover).

Levison, Charles G., Hemorrhage controlled in two cases by local application of horse-serum. (Blutung kontrolliert in zwei Fällen durch lokale Anwendung von Pferdeserum.) Journal. of the Americ. med. assoc **60**, S. 721 bis 722. 1913.

Verf. berichtet über zwei Fälle von Blutungen — eine endoskopisch operierte Uretercyste und eine Cholecystenterostomie bei Carcinom der tiefen Gallenwege — wo die subcutane Anwendung des Pferdeserums versagte und erst die lokale Anwendung Erfolg brachte. *Krüger* (Weimar).

Joly, P.-R., Deux modes d'emploi de l'eau dans le traitement des phlébites aiguës. (Zwei Anwendungsweisen von Wasser bei der Behandlung der akuten Venenentzündung.) Clinique (Paris) **8**, S. 167—169. 1913.

Verf. empfiehlt bei der Behandlung der akuten Phlebitis zwei Methoden, von denen er sehr gute Resultate gesehen hat: Die Anwendung von Eisumschlägen und von kühlen Darmeinläufen.

Die Eisumschläge seien wirksamer als andere hydropathische Verbände, da bei ihrer Verwendung die Differenz zwischen der Körpertemperatur und der Temperatur des Verbandes am größesten ist. Sie wirken schmerzstillend, entzündungswidrig und verhindern Thrombosen. Verf. bedient sich eines dünnwandigen Kautschukschlauches — ähnlich einem Radluftschlauch —, um die Kälte nur entsprechend dem Verlauf der Vene zur Anwendung zu bringen. Der mit Eis gefüllte Schlauch wird an einer Reifenbahre suspendiert und wird tagsüber oder stundenweise aufgelegt. Bei der Applikation von Einläufen gelangt abgekochtes Wasser von 20—25° C zur Anwendung. Nach einem Reinigungsklystier läßt man ungefähr 2 l hoch einlaufen und 5 Minuten zurückahlten. Der Einlauf setzt die Temperatur herab, befreit den Organismus von toxischen Produkten und regt die Zirkulation sowie die Drüsensekretion an. Besonders stark soll die Wirkung auf Leber und Nieren sein: Es tritt starke Gallensekretion ein, die den Darmkanal desinfiziert, die Nieren scheiden lebhafter aus. Da die kühlen Einläufe auf reflektorischem Wege eine Erhöhung des Blutdruckes hervorrufen, empfiehlt es sich in gewissen Fällen die Temperatur der Einläufe auf 30—35° C heraufzusetzen. *Mettin* (Berlin).

Doinikow, Boris, Zur Histopathologie der Neuritis mit besonderer Berücksichtigung der Regenerationsvorgänge. (*Neurol. Inst., Frankfurt a. M.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **46**, S. 20—42. 1913.

Beim Zerfall markhaltiger peripherer Nervenfasern treten zunächst isotrope, in vorgeschrittenem Stadium auch anisotrope intracelluläre Lipoidsubstanzen auf. Diese hat Verf. bei der Neuritis eingehend untersucht. Bei der Neuritis können auch bei fortwirkender Noxe neben degenerativen lebhafte regenerative Prozesse stattfinden, die neugebildeten Fasern bleiben aber wohl unter dem Einflusse der fortwirkenden Noxe zum größten Teil marklos und sind wahrscheinlich auch funktionell nicht vollwertig. Diese marklosen Nervenfasern, die sich in anscheinend verödeten Nerven an elektiven Fibrillenpräparaten darstellen lassen, entstehen zum größten Teil regenerativ durch Sprossungen aus den erhalten gebliebenen Fasern. Ein

Teil derselben dürfte allerdings auf die gegen Noxen besonders resistenten marklosen Fasern, die in den normalen Nerven vorhanden sind, zurückgeführt werden. Dagegen kommt atrophischen Prozessen wenigstens in den schwer alterierten Nerven, bei der Bildung von marklosen Fasern keine wesentliche Bedeutung zu. *Konjetzny* (Kiel).

Pirie, George A., Re-formation of bone after resection. (Wiederbildung des Knochens nach Resektion.) Edinburgh med. journal **10,** S. 346—348. **1913.**

Bericht über 2 Fälle von weitgehenden Regenerationen nach Diaphysenresektionen. Aus den mitgeteilten Krankengeschichten geht nicht hervor, wie weit das Periost bei den Operationen geschont wurde. Zur Erklärung der Regeneration zieht Verf. die experimentell von Macewen gewonnenen Erfahrungen heran, die mit den unsrigen nicht übereinstimmen. Die Knochenneubildung geht darnach nur von der Epiphysenlinie aus, das Periost soll damit nichts zu tun haben, es ist nur eine Grenzmembran. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Diesing, Beitrag zur Ätiologie der Rachitis. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 552. 1913.

Verf. gesteht der von Kassowitz geäußerten Anschauung, nach welcher die Einatmung verdorbener Luft die Schuld an der Entstehung der Rachitis tragen soll, eine gewisse Berechtigung insofern zu, als durch dieselbe eine Schädigung des kindlichen Organismus ganz im allgemeinen herbeigeführt wird, vermißt dabei aber eine Erklärung dafür, daß hierbei gerade das Knochenwachstum elektiv betroffen wird. Er glaubt auf Grund seiner Untersuchungen annehmen zu müssen, daß einem Mangel an Belichtung der Körperoberfläche, wie er namentlich im Winter zustande kommt, eine wesentlich bedeutsamere Rolle in der Ätiologie der Rachitis zukommt. Durch die Belichtung wird die Bildung der Hämosiderine gefördert, eines der beiden im Rete Malpighi entstehenden Pigmente, welches als Serumfarbstoff an Kalk und Fett gebunden im Knochenmark abfiltriert und in seine Komponenten zerlegt wird. Diese gehen dann sofort Neubildungen ein und erscheinen wieder als Hämoglobin in den roten Blutzellen, als Fett und als phosphorsaurer Kalk zum Aufbau des Knochensystems. *Schultze* (Posen).

Dibbelt, W., Die Ätiologie der Rachitis und der Kalkstoffwechsel. (*Pathol. Inst., Tübingen.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 551—552. 1913.

Gegenüber Ribbert und Kassowitz, welche eine Bedeutung der Kalkstoffwechselstörungen für die Genese der Rachitis bestreiten, weist Verf. insbesondere auf die Tatsache hin, daß bei florider Rachitis die Kalkausscheidung durch den Darm erheblich größer sein kann als die Zufuhr, während gleichzeitig die Harnkalkmenge auf 0 absinken kann, und daß der Heilung der Rachitis eine Hyperretention von Kalksalzen unter gleichzeitigem Ansteigen der Ausscheidung durch den Harn vorangeht. Diese Tatsachen wären ohne die Annahme einer Störung des Kalkstoffwechsels nicht verständlich. Bei der großen Labilität des Kalkstoffwechsels könnten alle möglichen, die Gesamtfunktion des Säuglingskörpers schädigenden Faktoren zu auslösenden Momenten der Rachitis werden. *Schultze* (Posen).

Axhausen, Über das Wesen der Arthritis deformans. Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 298—301. 1913.

Alle Übergänge von der auf elektrolytischem Wege erzeugten oberflächlichen Knorpelnekrose bis zum klinischen, röntgenologischen und anatomischen Bild der Arthrit. deform. konnte Axhausen in seinen Versuchen finden. Knorpelnekrosen können entstehen auf der Basis des Traumas, der Entzündung, der Altersveränderung. Greifen sie tiefer, so tritt eine Störung in der subchondralen Knochenschicht auf. Die Reaktion des umgebenden, lebenden Gewebes auf die Nekrosen ist die Wucherung dieses Gewebes. Diese machte anatomisch und histologisch das Bild der Arthritis deformans aus. Nur in der äußeren Form wirken die Gesetze der Statik beeinflussend. *Ernst Schultze* (Berlin).

Finkelnburg, Über Knochenveränderungen in einem zur Gruppe der Akroasphyxia chronica hypertrophica zugehörigen Krankheitsfall. (*Med. Klin., Bonn.*) Zeitschr. f. Röntgenk. **15,** S. 73—79. 1913.

Schilderung eines selbstbeobachteten Krankheitsfalles, bei welchem sich schubweise unter Schmerzen im Laufe von annähernd einem Jahrzehnt eine chronische Verdickung ein-

zelner Finger und Zehenglieder bei gleichzeitiger bläulichroter Verfärbung und trophischen Störungen der Haut und Nägel entwickelt hatte. Diesen Weichteilveränderungen im Sinne einer Volumszunahme stand eine ausgesprochene Atrophie des Knochens der befallenen Teile gegenüber. Differentialdiagnostische Auswertung gegenüber dem Morvanschen Symtomkomplex, der Lepra nervosa, der Raynaudschen Krankheit und der Acroasphyxia chronica hypertrophica mit dem Ergebnis, daß der geschilderte Fall eine Übergangsform zwischen den beiden letzteren darstellt. *Schultze* (Posen).

Wells, Jos. M., The treatment of surgical shock. (Die Behandlung des Shocks.) Internat. journal of surg. **26,** S. 14—16. 1913.

Verf. empfiehlt vor allem Adrenalin, in schweren Fällen auch Injektion von Ergotin und Digitalis zur Bekämpfung der bedrohlichen Symptome des Shocks. Daneben kommen allgemeine Maßnahmen wie Einbinden und Hochlagern der Extremitäten usw. in Betracht. Im Kollaps wirkt Strychnin am besten. Die angeführten Maßregeln empfiehlt Wells besonders zur Anwendung schon vor der Einlieferung ins Krankenhaus. *Naegeli* (Zürich).

Levi, Ernesto, Sopra un caso di lesione a forma mista delle varie ghiandole a secrezione interna. (Über einen Fall von gleichzeitiger Erkrankung mehrerer Organe mit innerer Sekretion.) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig. S. 128—130. 1913.

Die Organe mit innerer Sekretion stehen in wechselseitiger Beziehung zueinander, der ebenfalls chromaffine Zellen führende n. Sympathicus regelt diese Beziehungen. Die Ovarien scheinen antagonistische Stoffe zu denen der Schilddrüse zu bilden, bei Eintritt der Menopause und Atrophie der Ovarien überwiegen die von der Schilddrüse sezernierten Stoffe, und es kommt zur Basedowkrankheit. Zuweilen bieten Kranke zu gleicher Zeit Symptome, als wenn mehrere Organe mit innerer Sekretion erkrankt wären.

Ein derartiger Fall ist vom Verf. beobachtet worden. Eine 58jährige Frau erkrankte bald nach dem Eintritt der Menopause an Symptomen der Basedowschen und Addisonschen Krankheit. Bei der Obduktion wurden vergrößerte Schilddrüsenhälften, eine Erkrankung der Nebenniere, eine vergrößerte Thymusdrüse und Atrophie beider Eierstöcke festgestellt. *Herhold* (Hannover).

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Cohen, Ch., De l'utilité de l'hémoculture dans les états infectieux. (Über den Nutzen der Blutkultur bei infektiösen Erkrankungen.) Ann. et bull. de la soc. des sciences méd. et natur. de Bruxelles **71,** S. 20—24. 1913.

Verf. macht auf den Nutzen aufmerksam, welchen die Züchtung des fraglichen Erregers aus dem Blut des Kranken bieten kann. In gewissen Fällen kann die Blutkultur zur Erkennung des Krankheitserregers führen, bevor die klinische Diagnose zu stellen ist. Verf. erhärtet diesen Satz durch einige Beispiele aus der klinischen Beobachtung, und zwar 2 Fälle von Pneumokokken-, 1 Fall von Streptokokken- und 2 Fälle von Staphylokokkeninfektion. In den beiden letzten Fällen diente die Blutkultur nicht nur zur Feststellung der Diagnose, sondern zugleich zu therapeutischen Zwecken, nämlich zur Herstellung eines Autovaccins, von welcher Therapie Verf. sich guten Erfolg verspricht, und welche sich ihm auch in 2 Fällen von Hauteiterung bewährte. *Sonntag* (Leipzig).

Much, Hans, Anaphylaxie, Vortrag, gehalten im braunschweig. ärztlichen Landesverein. Fortschr. d. Med. **31,** S. 141—148 u. 176—181. 1913.

Verf. gibt einen kurzen und verständlichen Überblick über das namentlich in der letzten Zeit erforschte Gebiet der Anaphylaxie nach dem Stand des heutigen Wissens. Zunächst wird Wesen der Erscheinung und ihre Erklärung besprochen; Verf. kommt zu folgendem Ergebnis: Die Anaphylaxie ist eine Vergiftung, hervorgerufen durch den parenteralen Abbau eines unschädlichen Eiweißkörpers, und wird erzeugt durch ein (infolge der Tätigkeit eines für jeden Eiweißkörper spezifischen, fermentativen Immunkörpers des Blutes) aus dem betr. Eiweißkörper entstehendes, für das Blut giftiges Eiweißspaltprodukt. Dieses einheitlich und unspezifisch aufzufassende Gift, das Anaphylatoxin, spielt wahrscheinlich bei den meisten Infektionskrankheiten neben dem Endotoxin der betr. Bakterienart eine Rolle derart, daß beide Gifte: Anaphylatoxin

und Endotoxin, in verschiedenen Verhältnissen nebeneinander wirken, wobei die allen Infektionskrankheiten gemeinsamen Erscheinungen (wie Fieber, Mattigkeit usw.) auf Kosten des unspezifischen Anaphylatoxins, die für die betr. Infektionskrankheiten besonderen und für die Diagnose maßgebenden Erscheinungen auf Kosten des spezifischen Endotoxins der betr. Bakterienart zu setzen sind; diese Theorie wird weiter ausgeführt, speziell für einige Infektionskrankheiten (Masern, Vaccination, Tuberkulose, Typhus, Syphilis). Anschließend an die Infektionskrankheiten werden einige andere Krankheitsprozesse besprochen, welche mit der Anaphylaxie in Zusammenhang stehen und welche durch die Zufuhr artfremden Eiweißes (Serumkrankheit, Heufieber, Urticaria, Arzneimittelexantheme) oder körpereigenen Eiweißes (Eklampie, Urämie, Tumoren) bedingt sind. Zum Schluß gibt Verf. einige praktische Hinweise: Diagnostisch ist die Anaphylaxie von Wichtigkeit. Unsere Kenntnisse über die therapeutische Beeinflussung der anaphylaktischen Erkrankung sind noch gering. Durch das Eindringen in das Wesen der Anaphylaxie ist es verständlich geworden, daß und weshalb die Ernährung des Körpers durch Einspritzung von fremdem Eiweiß illusorisch ist. *Sonntag* (Leipzig).

Fischer, Aladár, Über einige seltenere Komplikationen, die sich den Furunkeln anschließen. (*Siegmund u. Adele Bródy-Kinderspit.*) Pest. med.-chirurg. Presse **49**, S. 73—74. 1913.

Verf. macht aufmerksam auf metastatische Abscesse nach Furunkeln. Er erwähnt den „Nierenkarbunkel“ und den perinephritischen Absceß. Ein Fall von metastatischer Osteoperiostitis in der Tibia bei einem 11jährigen Mädchen 12—14 Tage nach dem Entstehen eines Furunkels am Vorderarm wird beschrieben. Schließlich weist Verf. hin auf die namentlich bei Kindern nicht ganz seltene Vereiterung der regionären Lymphdrüsen und beschreibt näher den seltenen, ebenfalls namentlich bei Kindern vorkommenden Absceß in der Fossa iliaca nach Furunkeln an den unteren Gliedmaßen, den Nates oder der Regio hypogastrica. Er hat im ganzen 4 derartige Fälle beobachtet, und zwar stets bei Kindern. Den 3 schon früher („Gyermekorvos“ 1912, Nr. 2, Beilage des „Budapesti Orvosi Ujság“) mitgeteilten reiht er nunmehr einen 4. Fall an bei einem 4jährigen Kinde mit multiplen Furunkeln. Verf. erklärt eingehend die Pathogenese des Leidens. Diagnostisch wichtig ist vor allem eine plötzlich entstehende Flexionscontractur im Hüftgelenk und der Nachweis einer Resistenz in der Fossa iliaca. Die Therapie besteht in der frühzeitigen Eröffnung des Abscesses. *Sonntag* (Leipzig).

Wolf, Ella, Über die vom Ohr ausgehenden septischen Allgemeinerkrankungen. 2. Beiträge zum pyämischen Krankheitsbild. (*Univ.-Klin. f. Ohr.-, Nas.- u. Kehlkopfkr., Heidelberg.*) Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege **67**, S. 89 bis 121. 1913.

Elf ausführlich mitgeteilte Krankengeschichten zeigen die Mannigfaltigkeit des pyämischen Krankheitsbildes, für dessen Behandlung sich keine schematischen Regeln aufstellen lasen. Metastasen, die scheinbar erst nach Jugularisunterbindung eintreten, rühren wahrscheinlich von schon früher verschleppten Keimen her. Bei Bakteriämie muß man nach der Knochenoperation den Sinus freilegen. Bei unverdächtigerWand kann man abwarten, doch ist es besser, den Sinus gleich durch Probeincision zu eröffnen. Ein obturierender, erweichter Thrombus darf nur unter Kontrolle des Auges ausgeräumt werden. Ehe man sich bei weiterdauernder Infektion zur Jugularisunterbindung entschließt, ist als kleinerer Eingriff die Freilegung des Sinus peripherwärts nötig, da die Möglichkeit des Fortschreitens der Sinusphlebitis nach dem Confluens hin besteht. Der Bulbus der Vena jugularis wird jetzt in der Heidelberger Klinik viel seltener freigelegt, da man sehr oft ohne diesen schweren Eingriff auskommt. Ist er indiziert, aber technisch schwierig, so genügt es, ober- und unterhalb den Zu- und Abfluß zu eröffnen. Zweckmäßig kann man den Bulbus dann durchspülen oder Jodoformglycerin einspritzen, natürlich ohne starken Druck. — Eine Krankengeschichte zeigt, daß gleichzeitg auftretende, anderweitige, zunächst latente Erkrankung (Nasenschleimhauterysipel) zu falschem Urteil und überflüssiger Operation verleiten kann. *Paetzold* (Berlin).

Nicolas, J., H. Moutot et J. Gaté, Septico-pyohémie streptococcique avec éruption pemphigoïde. (Streptokokken - Septico - Pyämie mit pemphigus-

artigem Hautausschlag.) (*Clin. des malad. vénér. et cutan. de l'antiquaille, univ., Lyon.*) Prov. méd. **26,** S. 101—103. 1913.

Eine 28jährige Frau, die wegen Lues mit Quecksilber behandelt worden war, erkrankte an einer Septico-Pyämie, für deren Ausgangspunkt die Verff. eine sehr schwere Stomatitis mit Abscedierung der Submaxillardrüsen verantwortlich machen, die sich im Anschluß an jene Behandlung eingestellt hatte. Bei äußerst schwerem Allgemeinzustand und mehreren subcutanen Abscedierungen erschien, zunächst an den Beinen, ein purulentes bullöses Exanthem, welches sich auf Rumpf und Beine ausdehnte. Die Eruptionen entstanden sehr schnell, erreichten erhebliche Größe, lagen in einem dunkelroten, erysipelatösen Hof und hatten serös-purulenten Inhalt. Die Kranke starb. Aus dem Blut, dem Absceßeiter und den Hautbläschen wurden Streptokokken gezüchtet. — Das bullöse Exanthem trat durchaus unter dem Bilde des akuten, febrilen, schweren Pemphigus auf, wie er bisher nur beschrieben wurde bei Leuten, die mit Tierkadavern umzugehen Gelegenheit hatten. Die Verf. betrachten die pemphigusartige Eruption auf Grund des bakteriologischen Befundes als Teilerscheinung der Septico-Pyämie. Aus den Bläschen des akuten schweren Pemphigus wurden bisher die verschiedenartigsten Bakterien gezüchtet: seltener Streptokokken, häufiger Staphylokokken und Pneumokokken. Durch Impfung konnte gelegentlich beim Versuchstier (Schimpanse) das gleiche Krankheitsbild hervorgerufen werden; den Verf. gelang dies nicht. Sie ziehen aus dem vorliegenden Fall und nach Literaturdurchsicht den Rückschluß, daß Pemphigus acutus gravis febrilis nicht durch einen spezifischen Erreger hervorgerufen wird, sondern daß die verschiedenartigsten Mikroorganismen als Erreger in Frage kommen.

Janssen (Düsseldorf).

Clarke, J. Michell, A case of acute septicaemia due to the B. pyocyaneus. (Ein Fall von akuter Sepsis, hervorgerufen durch den B. pyocyaneus.) Bristol med.-chirurg. journal **31,** S. 4—10. 1913.

Verf. macht darauf aufmerksam, daß bisweilen bei „kryptogenetischer" Sepsis der B. pyocyaneus teils neben anderen Erregern, teils aber auch in Reinkultur nachgewiesen worden ist. Die bisherige Literatur wird erwähnt. Verf. beschreibt einen von ihm selbst beobachteten Fall.

15jähriger Arkeiter erkrankte unter initialem Erbrechen an zunehmenden Kopfschmerzen, Schläfrigkeit und Schwäche, sowie an Bronchitis. Die nervösen Symptome standen zunächst im Vordergrund des Krankheitsbildes; die Lumbalpunktion ergab reichlich Lymphocyten, aber keine Mikroorganismen in der Cerebrospinalflüssigkeit. Unter zunehmender Schwäche und Abzehrung und unter hinzutretendem Ikterus verschlimmerten sich die bronchitischen Symptome. Zeitweise aashafter Gestank der Atemluft. Exitus, bevor eine Vaccination mit dem jetzt in Blut und Stuhl nachgewiesenen B. pyocyaneus vorgenommen werden konnte. Sektion ergab u. a. Lungenabscesse mit grünblauem Eiter; in der weichen Hirnhaut und Hirnrinde Hyperämie. B. pyocyaneus fand sich in Reinkultur in Blut, Pleuraexsudat und Lungeneiter aber nicht in Milz und Gehirn.

Für vorliegenden Fall nimmt Verf. den Ausgangspunkt der Pyocyaneus-Sepsis in der Lunge an; im übrigen scheint der Verdauungstractus, welcher vorzugsweise vom B. pyocyaneus befallen wird (dysenterieartige Durchfälle, ev. auch Appendicitis?) den Ausgangspunkt der Sepsis zu bilden. Kinder erkranken mehr als Erwachsene. In den Fällen allgemeiner Sepsis scheinen nervöse Symptome, welche dem Bild der Cerebrospinalmeningitis ähneln, im Vordergrund des klinischen Bildes zu stehen; eine differentialdiagnostische Bedeutung mißt Verf. ihnen aber nicht bei, da er sie auch bei anderen Allgemeininfektionen (Leptothrix, B. influencae) beobachtete. Diagnostisch wichtig ist vielleicht die relative Vermehrung der Lymphocyten bei leichter Leukocytose; auch der eigentümlich aashafte Gestank erscheint dem Verf. erwähnenswert.

Sonntag (Leipzig).

Kausch, Über Collargol. Chir.Kong.

Bei echter Sepsis mit remittierendem Fieber hat Kausch das Collargol Credé nie im Stich gelassen. K. demonstriert zunächst eine Anzahl solcher Temperaturkurven; die Temperatur steigt zuerst meist noch an, fällt dann entweder rapid zur Norm oder auch allmählich. Gegen ein zufälliges Zusammentreffen von spontanem Temperaturabfall und Collargolinjektion spricht die Regelmäßigkeit dieses Vorkommnisses. Noch beweisender sind die Fälle, in denen Collargol nochmals eingespritzt werden mußte, weil es zunächst nur vorübergehend half. Demonstration von 5 solcher Kurven. — Geringen oder keinen Erfolg sah K. bei Sepsis mit kontinuier-

lichem hohen Fieber. Demonstration zweier solcher Kurven. Bei kleinen Eiterherden hilft Collargol auch, nicht bei größeren. Ausgezeichnet wird es, wenn das Fieber nach Eröffnung der Eiterherde bestehen bleibt. Demonstration dreier solcher Kurven (Diphtheriehalsabsceß, Ohrsepsis, Empyem). — Prophylaktisch hat K. bisher Collargol noch nicht angewandt, wird es aber tun.

K. verwendet ausschließlich das von Credé angegebene Heydensche Präparat. Die intravenöse Injektion ist die einzig rationelle Methode, die rectale kommt nur in Betracht, wenn die intravenöse nicht gelingt oder nicht gestattet wird. Bei kleineren Dosen, bis 20 ccm, versucht K. die percutane Einspritzung in die Vene, bei der geringsten Schwierigkeit wird die Vene freigelegt. Die gewöhnliche Dosis ist 10 ccm der 2 proz. Lösung, bei ausbleibender Wirkung und schwerster Sepsis täglich oder jeden zweiten Tag 20—30 ccm. Die Injektion muß außerordentlich langsam geschehen, dann ist sie völlig gefahrlos.

Dann hat K. 11 Fälle von inoperablem Krebs mit großen Collargoldosen behandelt, bis 100 ccm, einen Teil davon kombiniert mit Röntgenstrahlen. Geheilt wurde kein Fall; die Patienten ließen allerdings auch nicht energische Fortsetzung der Behandlung zu. Ein Fall von Leberkrebs, solitäre, freigelegte Metastase nach Magencarcinomresektion, wurde deutlich vorübergehend gebessert. Ein Fall zeigte bei der Sektion in den multipeln Knochenmetastasen überall hämorrhagische Cysten (Demonstration); ein Zusammenhang mit der Collargolbehandlung ist nicht von der Hand zu weisen. Ein Fall starb im Anschluß an die Collargolinjektion (80 ccm) 3 Tage nach derselben. Die Niere war mit Silber vollgepfropft. — Die Versuche mit Collargol bei Carcinom werden fortgesetzt, außerdem solche mit anderen Schwermetallen. Selbstbericht.

Chir.Kong. **Pflugrad,** über Collargol, hat in 4 Fällen von inoperablem Carcinom große Dosen von Collargol nach dem Kauschschen Vorschlage injiziert und danach stets eine Reaktion, bestehend in abnormen Sensationen im Tumor und Euphorie, gesehen. Auch traten Besserungen auf. Bei einem Falle von Struma maligna trat jedoch eine hämorrhagische Nephritis, die zum Tode führte, danach ein. Die Drüsenmetastasen waren in diesem Falle zurückgegangen. *Katzenstein* (Berlin).

Chir.Kong. **Eyff** über Collargol hat von der Anwendung des Collargols bei puerperaler Sepsis keine sicheren Erfolge gesehen. Dagegen hat er mit gutem Erfolge bei Erysipel zweimal das Collargol intravenös angewendet. Es wurden mehrere Tage hintereinander 10 g Collargol intravenös injiziert. *Katzenstein* (Berlin).

Sexton, Lewis A., The use of antistreptococcus serum locally in the treatment of vaccinal ulcers. (Die lokale Anwendung von Antistreptokokkenserum bei der Behandlung von Impfgeschwüren.) Arch. of pediatr. **30**, S. 139. **1913.**

Feuchte Verbände mit Antistreptokokkenserum brachten hartnäckige, durch Sekundärinfektionen zustande gekommene Impfgeschwüre in überraschend kurzer Zeit zur Ausheilung. Andere Sera erwiesen sich als unzweckmäßig. *Kreuter* (Erlangen).

Fasano, Mario, Contributo alla conoscenza di alcune rare forme di osteomielite. (Beitrag zur Kenntnis einiger seltener Formen von Osteomyelitis.) (*Osp. civ. di Asti.*) Gaz. degli osp. e delle clin. **34,** S. 364—367. 1913.

Der Autor bespricht an Hand je einer eigenen Beobachtung die 3 Formen der pyogenen chronischen Osteomyelitis: die posttyphöse, die neuralgische und die albuminöse, indem er anhangsweise bei jeder kurz die Literatur und die Symptomatologie erwähnt. *v. Saar.*

Étienne, E., et A. Aimes, Ostéomyélite typique chez le nourrisson. (Typische Osteomyelitis bei einem Säugling.) Pathol. infant. **10, S. 25—29.** 1913.

Grangée, F.-M., Sérothérapie intensive. (Intensive Serumbehandlung.) Paris méd. S. 417—418. 1913.

1. 26 jähr. Erstgebärende erkrankt 14 Tage nach der Entbindung an schwerem Tetanus. 240 ccm Antitoxin, in 14 Tagen subcutan, intravenös und intraspinal verabreicht, führen zur Heilung. 2. Lähmungen bei einer nichtbehandelten Diphtherie verschwinden allmählich innerhalb 3 Wochen auf 70 ccm Heilserum hin. *Kreuter* (Erlangen).

Foulerton, Alexander G. R., Some observations on a series of 78 cases of streptothrix infection. (Beobachtungen an einer Reihe von 78 Fällen von

Aktinomykosis.) Proceed. of the r. soc. of med., London **6**, Surg. sect. S. 132 bis 144. 1913.

In allen 78 Fällen, die sich auf 13 Jahre verteilen, ist der Aktinomycespilz auf kulturellem oder mikroskopischem Wege festgestellt worden. 60% standen im Alter von 15—35 Jahren. Was den Einfluß der Beschäftigung angeht, so waren 20 von den 78 Fällen entweder mit Hausarbeit beschäftigt oder beschäftigungslos, 38 gehörten zur arbeitenden Klasse, davon kamen nicht weniger als 24 in innige Berührung mit pflanzlichen Produkten. Besonders interessant ist eine Gruppe von 7 Patienten, Schneider und Schneiderinnen, deren Gewohnheit es war, Baumwolle durch die Lippen zu ziehen: 3 erkrankten an einem Submaxillarabsceß, 3 an Lungenaktinomykose, einer an Appendicitis actinomycotica. Was den Primärherd der Infektion anbelangt, so kommen 51% auf die Mund- und Nackengegend, 25% auf den Wurmfortsatz, 18% auf die Lunge und 5% auf andere Organe, wie die Conjunctiva, die Niere, die Blase. Das stimmt im großen und ganzen mit andern Statistiken überein. Quoad Mortalität: von den 40 Fällen, wo die Infektion sich am Mund oder Nacken abspielte, starb einer, von 20 Appendicitiden starben 6. Die Todesursache in diesen Fällen ist meist Thrombose der Venen der Bauchhöhle. Von den 14 Lungenfällen sind 9 gestorben, 2 in hoffnungslosem Zustande entlassen worden; 1 soll geheilt sein und bei einem andern der Prozeß einen Stillstand erfahren haben. Foulerton unterscheidet je nach dem kulturellen und klinischen Verhalten 2 Arten von Streptothrix: die eine zeigt regelmäßig in einem künstlichen Medium ein typisches Wachstum und ruft im Körper lokalisierte Krankheitsprozesse hervor; eine zweite Sorte wird schnell durch den Lymph- oder Blutstrom in dem Körper verbreitet und führt zu einer Allgemeininfektion. Diese zeichnet sich durch Schwierigkeit und Unsicherheit im künstlichen Wachstum aus. Was F. über den Ausbreitungsweg der aktinomykotischen Infektion sagt, ist bekannt. *Hirschmann* (Berlin).

Étienne, Sur la nature de la botryomycose. (Über das Wesen der Botryomycose). Prov. méd. **26**, S. 115—118. 1913.

Verf. bespricht an der Hand einer eigenen Beobachtung die neuen Arbeiten über das Wesen der Botryomycose. Die Erkrankung äußert sich beim Menschen in gestielten Tumoren meist an den Fingern sitzend; mikroskopisch bestehen dieselben aus Bindegewebe. Über die Atiologie ist man auch jetzt noch keineswegs im klaren; meist hat man im Gewebe Kokken gefunden. die wohl mit dem Staphylococcus aureus identisch sind. Die Bezeichnung Botryomycose ist zunächst, bis man den Erreger mit Sicherheit kennt, durch eine pathologischanatomische Bezeichnung zu ersetzen: gestieltes Granulom, teleangiektatisches Granulom u. a. *Ströbel* (Erlangen).

Sutton, Richard L., The occasional clinical resemblance of blastomycosis and syphilis to sporotrichosis. (Die gelegentliche klinische Ähnlichkeit der Blastomykose und Syphilis mit Sporotrichose.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 115—117. 1913.

Mitteilung dreier Krankengeschichten mit Photographie von sich gleichenden geschwürigen Hauterkrankungen der Unterarme. Die Ursache beruhte bei dem ersten Fall auf Sporotrichosis, beim zweiten auf Blastomycosis, während der dritte Patient an einer tertiären Syphilis litt. *Linser* (Tübingen).

Verrotti, G., Di un caso di micosi fungoide. (Ein Fall von Mycosis fungoides.) Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle **54**, S. 99—111. 1913.

Ausführliche Beschreibung eines 52jährigen Patienten, der seit 2 Jahren unter den Symptomen der Mycosis fungoides erkrankt war. Verf. empfiehlt als Therapie die Röntgenbestrahlung. Durch diese erzielt man einen histologisch nachweisbaren raschen Rückgang der Veränderungen in der Haut. *Naegeli* (Zürich).

Martini, Über einen Fall von Granuloma venereum und seine Ursache. (*Bakteriol. Untersuch.-Stelle, Wilhelmshaven.*) Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg. **17**, S. 160 bis 166. 1913.

Bei einem Matrosen, der sich in Beirut mit Ulcus molle infiziert hatte, bildete sich nach

4 Monaten von einer Buboincision aus eine große, oberflächliche Geschwürsfläche mit unterminierten Rändern. Bakteriologisch ließen sich darin gramnegative, kapselumhüllte Diplokokken, die in Kokkenform wuchsen, in Reinkultur züchten. *Linser* (Tübingen).

Weber, A., Über die Bedeutung der Rinderbacillen für den Menschen. (Diskussionsbemerkungen zu dem Vortrage des Herrn Geheimrat Orth.) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 533—535. 1913.

Verf. stimmt mit Orth in dem Hauptpunkt, in der Bekämpfung der Tuberkulose, darin überein, daß in erster Linie die große von den humanen Bacillen drohende, in zweiter Linie die verhältnismäßig kleine den bovinen Bacillen beizumessende Gefahr zu bekämpfen ist. Dagegen kann er sich in der Frage, wie groß die Gefahr ist, welche dem Menschen von den bovinen Bacillen droht, Orth, welcher der bovinen Infektion die Bedeutung einer Volksseuche beimißt, nicht anschließen. Er weist hin auf die ausgedehnten Untersuchungen und Statistiken bedeutender Forscher aller Länder, welche keinen Parallelismus zwischen der Häufigkeit der Tuberkulose unter den Menschen einer- und unter dem Rindvieh andererseits und keinen Anhalt für die Übertragung der Rindertuberkulose auf den Menschen durch Milch und Fleisch perlsüchtiger Tiere ergaben und betont, daß diese praktischen Erfahrungen zu den Ergebnissen der experimentellen Forschung in einem gewissen Widerspruch stehen. Verf. gibt einen historischen Überblick über die Forschungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts hinsichtlich der Bedeutung der bovinen Bacillen und bemerkt, daß das Reichsgesundheitsamt von jeher und besonders in der letzten Zeit, und zwar in Übereinstimmung mit der englischen Kommission und dem Gesundheitsamt der Stadt New York, der bovinen Infektion in genügender Weise Rechnung getragen hat. Es folgen Bemerkungen über einige spezielle Fragen aus dem Orthschen Vortrag. Bezüglich der im Reichsgesundheitsamt bearbeiteten Sammelforschung über den Genuß von Milch eutertuberkulöser Kühe, welcher Orth jede Beweiskraft abspricht, bemerkt Verf., die auffallende Tatsache, daß von 280 Kindern seit 7 Jahren kein einziges an Tuberkulose erkrankt oder gestorben ist, müsse immerhin zu denken geben. Bezüglich der sog. Umwandlungskulturen, welche vom Reichsgesundheitsamt als Milchkulturen gedeutet wurden, ist zu bemerken, daß auch die englische Kommission sich schließlich zur Auffassung der Milchkulturen bekannt hat, und daß im übrigen die Frage der Mutation, speziell die Umwandlungsversuche von Eber (welcher angeblich durch eine besondere Art der Impfung humane Tuberkelbacillen im Rinderkörper in bovine umwandeln konnte), einer weiteren Prüfung unterzogen werden. Die Hypothese, daß eine Infektion mit bovinen Bacillen im Kindesalter eine Disposition zur Lungentuberkulose bei Reinfektion im späteren Alter schaffen könnte, hält Verf. zum mindesten für belanglos. *Sonntag* (Leipzig).

Karwacki, Léon, Les agglutinines locales dans le diagnostic de la tuberculose. (Lokale Agglutinine in der Tuberkulosediagnostik.) Presse méd. **21,** S. 231—232. 1913.

Verf. zeigt, daß in den lokalen tuberkulösen Krankheitsprodukten Agglutinine gebildet werden, welche zur Sicherung der Diagnose sich verwenden lassen in analoger Weise wie beim Fickerschen Typhusverfahren. Im Blut und Serum des Kranken sind sie allerdings so stark verdünnt oder infolge ungünstiger Resorptionsverhältnisse so wenig angereichert, daß wir uns nicht darauf verlassen können. Als Bacillenemulsion dient eine auf flüssigem Nährboden gewachsene Kultur. Untersucht wurde

1. Sputum. Das frische Material kommt für 24 Stunden bei 50° in den Brutofen. Über dem Sediment bildet sich eine klare Flüssigkeit, welche die Agglutinine enthält. Verdünnung mit Kochscher Flüssigkeit. 1 : 5, —10, —25, —50, —125, —250, und in Röhrchen à 1 ccm mit Bacillenemulsion beschickt für 24 Stunden auf 37° erwärmt. Bei Verdünnung von 1 : 10 und mehr spricht die eingetretene Agglutination für Tuberkulose. 2. Eiter aus geschlossenen Abscessen wird mit der 5fachen Menge verdünnt, auf 50° erwärmt, dann für 24 Stunden im Eisschrank stehen gelassen, wenn nötig, zentrifugiert, dann in gleicher Weise zur Reaktion verwandt. Sie ist regelmäßig positiv in starker Verdünnung 1 : 25—500 für den Typus

humanus, 1 : 10—250 für den Typus bovinus. Die Agglutination erstreckt sich also auch auf verwandte Bacillenformen; bei höherem Titre für den Typus bovinus ist die Bovo-Agglutination als spezifisch anzusehen. 3. Urin bei Urogenitaltuberkulose. Die Agglutinine werden durch die Nierensekretion zu stark verdünnt.

Die Agglutinine bilden sich nicht im Blut, sondern im Krankheitsherd, bei der Pleuritis z. B. in den Tuberkeln und gehen in reichem Maße in das Exsudat über. *Hotz.*

Engel, E. A., L'importanza della patogenesi per la terapia del lupus. (Die Bedeutung der Pathogenese für die Therapie des Lupus.) Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle **54,** S. 115—119. 1913.

Verf. unterscheidet eine von einer Außeninfektion ausgehende Lupusform und einen Lupus, der von einem im oder am Körper des Kranken befindlichen Herd ausgeht. Die Therapie verlangt die Berücksichtigung dieser Momente, da der Lupus erst dann heilen kann, wenn die Quelle der Infektion beseitigt ist. *Strauss* (Nürnberg).

Stümpke, Gustav, Boecksches Sarkoid bei ausgedehnter Allgemein-Tuberkulose. (*Dermatol. Stadtkrankenh. II, Hannover-Linden.*) Dermatol. Zeitschr. **20,** S. 199 bis 212. 1913.

Die noch strittige Frage nach der Genese des Boeckschen Sarkoids — größerer und kleinerer chronisch entzündlicher Infiltrate der Haut besonders an den Extremitäten — wird in dem hier beschriebenem Falle mit größter Wahrscheinlichkeit mit der Diagnose Tuberkulose zu beantworten sein, da positive Lokalreaktion auf Tuberkulininjektionen bei fortgeschrittener Lungenphthise vorhanden war. *Linser* (Tübingen).

Strauss, Artur, Zur Kupferbehandlung der äußeren Tuberkulose. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 503—505. 1913.

Die Arbeit bringt neue Mitteilungen über die Fortsetzung der chemotherapeutischen Behandlungsversuche des Lupus. Nachdem Verf. früher deutliche Heilwirkungen bei äußeren Tuberkulosen durch Kupferbehandlung vom Blute aus gesehen hatte, ist er auch zu gleichzeitiger lokaler Applikation dieser Mittel übergegangen, da sich so wesentlich schnellere Resultate erzielen lassen. Verf. glaubt, daß auch bei lokaler Anwendung nicht nur eine Ätzwirkung von den Kupferpräparaten ausgeht, sondern daß eine spezifische Wirkung auf die Tuberkelbacillen ausgeübt wird. Er glaubt, daß in den Kupferpräparaten, namentlich in einer neuen Lecithinkupferverbindung und auch in dem Jodmethylenblau Mittel gefunden sind, „mit denen wir in leichten und mittelschweren Fällen auch die Tuberkulose als Infektionskrankheit erfolgreich bekämpfen können, und zwar im Gegensatz zum Tuberkulin in unschädlicher Weise". Abbildungen einzelner geheilter Fälle von äußeren Tuberkulosen. *Brandes* (Kiel).

Formichella, J., The polyclinic of Rome, surgical tuberculosis treated by Durante's method, spinal anesthesia. (Die Poliklinik in Rom — chirurgische Behandlung der Tuberkulose nach der Methode von Durante — Rückenmarksanästhesie.) Internat. journal of surg. **26,** S. 16—21. 1913.

Verf. schildert die guten Erfahrungen, die mit der Jodtherapie nach Durante bei den verschiedenen tuberkulösen Affektionen gemacht, sowie die günstigen Resultate der Rückenmarksanästhesie. Nichts Neues. *Naegeli* (Zürich).

Michejda, C., Zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Mesbé. (*Mähr. Landeskrankenanst., Olmütz.*) Prag. med. Wochenschr. **38,** S. 112—113. 1913.

Verf. behandelte im ganzen 6 Fälle von Tuberkulose (3 Knochen- und Gelenktuberkulosen, 3 Weichteiltuberkulosen) mit Mesbé, meist kombiniert mit anderweitigen chirurgischen Eingriffen (Excochleation). Es schloß sich die Fistel bei einer Gelenktuberkulose und 2 Weichteiltuberkulosen heilten in kurzer Zeit. Andere Knochentuberkulosen schienen günstig beeinflußt, eine Analfistel blieb unverändert. Über Dauer der Heilungen wird nichts gesagt. Verf. sieht das Mesbé nicht als ein Spezificum gegen Tuberkulose, sondern als ein Roborans an, das die Widerstandsfähigkeit des Gesamtorganismus hebt. *Hagemann* (Marburg, Lahn).

Morel-Lavallée, Médication sérumthérapique. (Serumtherapeutische Maßnahmen.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris **29,** S. 590—591. 1913.

Nach mehrmaliger Blutentnahme liefert das Pferd ein Serum, welches, erwärmt, beim Menschen charakteristische Wirkungen hervorruft. (Hämopoetische und Hämo-

styptische nach Roussel.) Verf. sah, daß nach Anwendung erhitzten Serums eine Tuberkulose des Schlüsselbeins und ein Fungus genu innerhalb weniger Tage zur Ausheilung kam. Pferdeserum und eine Lösung von vegetabilischem Lecithin, gewonnen aus der Abkochung von Cerealien werden zu gleichen Teilen per os oder per rectum gegeben. Innerhalb 9 Tagen werden 6 Klysmen appliziert. Genauere Angaben stehen noch aus. *Hotz* (Würzburg).

Francine, A. P., and H. J. Hartz, Results with tuberculin (Dixon's) in advanced chronic ambulatory tuberculosis. (Erfolge der Behandlung mit Dixons Tuberkulin bei vorgeschrittener chronischer ambulatorischer Tuberkulose.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 717—721. 1913.

Die Wirkung des Dixonschen Tuberkulins (Tuberkelbacillenextrakt) wurde an 10 Fällen schwerer chronischer Lungentuberkulose und 1 Fall ausgedehnter Lymphdrüsentuberkulose erprobt. Es wurden nur solche Kranke der Behandlung unterworfen, die arbeitsunfähig geworden waren und trotz aller therapeutischen Maßnahmen ein entschiedenes Fortschreiten der Erkrankung mit zunehmendem Kräfteverlust, Gewichtsabnahme usw. zeigten. Andere Heilfaktoren wurden während der Tuberkulinbehandlung völlig ausgeschaltet. Sämtliche Kranke erlangten durch die Tuberkulinkur ihre Arbeitsfähigkeit wieder, erholten sich unter z. T. beträchtlicher Gewichtszunahme und unter Abnahme der lokalen Symptome. Die tuberkulösen Lymphome wurden zur Ausheilung gebracht. Heftige Reaktionen oder sonstige Schädigungen wurden nicht beobachtet. Beschreibung der Herstellung des Bacillenextraktes und der Technik der Injektionen, Krankengeschichten. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Chir. Kong.

O. Vulpius, Die Heilstättenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose.

Die Bedeutung der Allgemeinbehandlung vor allem macht die Verbringung der chirurgisch Tuberkulösen aufs Land nötig; Hochgebirgs- und Seeklima sind nicht erforderlich, wohl aber reichlich Luft und Licht. Der Enthusiasmus für physikalische Heilmethoden und für operationslose Therapie der chirurgischen Tuberkulose schießt übers Ziel, Chirurgie und Orthopädie sind zu kombinieren mit jenen. Das Spezialsanatorium muß also Einrichtungen für das gesamte Heilverfahren aufweisen. Schon rechtfertigen die Erfolge die Forderung nach solchen Heilstätten. Vortr. hat durch seine Erfahrungen in dem von ihm geleiteten Sanatorium Rappenau die Überzeugung gewonnen, daß auch im Binnenlande bei richtiger Ortswahl überraschend gute Heilerfolge während des ganzen Jahres zu erzielen sind. *Katzenstein* (Berlin).

Esmein, Ch., Deux cas de maladie osseuse de Paget avec considérations étiologiques. (2 Fälle von Pagetscher Krankheit mit Betrachtungen über die Ätiologie derselben.) Prog. méd. **41,** S. 161—163. 1913.

Esmein, ein unbedingter Anhänger der syphilitischen Natur der Pagetschen Krankheit, berichtet über 2 Fälle, bei denen außer den typischen Knochenveränderungen noch Herzfehler (Mitralis und Aorta) bestanden, auf die er ganz besonderes Gewicht legt; denn an Hand einer Statistik weist er nach, daß gerade diese Art von Herzfehlern bei der Pagetschen Krankheit sehr oft zu finden ist. Und andrerseits spielt gerade die Syphilis in der Ätiologie dieser Herzfehler eine prädominierende Rolle. Die Wassermannsche Reaktion war in dem einen daraufhin untersuchten Falle positiv. *Valentin* (Berlin).

Geschwülste:

Bayet, La cure des naevi vasculaires par le radium. (Die Behandlung der Naevi vasculosi durch Radium.) Scalpel et Liège méd. **65,** S. 635 bis 644. 1913.

Bayet hat bei einer durch Photographien illustrierten Anzahl von oberflächlichen, tieferen und selbst cavernösen, tumorartigen Blutmalen mit Radium gute Erfolge erzielt. Er legt großen Wert auf die Art der Applikation des Radiums: Wenn es in der gewöhnlichen Weise in Metallkapseln mit Firnis befestigt zur Verwendung gelangt, dann wird der größte Teil der Strahlen, namentlich der oberflächlich wirkenden, durch den Firnis absorbiert und so gelangen nur die tiefer penetrierenden zur Wirkung. Darum verwendet B. bei oberflächlichen Malen Radium, das nur durch ganz geringe Firnismengen auf Leinwandstückchen be-

festigt ist, während die Kapseln bei tieferen und cavernösen Blutmalen mit gutem Erfolg Verwendung finden. Natürlich erfordert die Radiumapplikation im ersten Falle auch viel mehr Vorsicht als bei den tiefen und cavernösen Angiomen. *Linser* (Tübingen).

Strassberg, Max, Über ein ossifizierendes Chondrom der Haut. (*Pathol.-anat. Univ.-Inst., Wien.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Orig. **116,** S. 193—201. 1913.

Verf. beschreibt einen interessanten Fall von Chondrom der Haut. Es handelt sich um einen wallnußgroßen Tumor am Fußrücken eines 42jährigen Mannes, der im Delirium gestorben war. Die Geschwulst lag im subcutanen Bindegewebe, hatte keinen Zusammenhang mit dem Knochen und bestand in der Hauptsache aus Knorpelgewebe, das an mehreren Stellen von Knochengewebe durchsetzt war. Es fand sich teils hyaliner, teils Faserknorpel. Nach dem Zentrum zu ließen sich fortschreitende regressive Veränderungen feststellen, die bis zur Verflüssigung der Knorpelsubstanz führten. Über die Genese ist nichts Sicheres gesagt. *Stadler.*

Paul, F. T., The varying degrees in the malignancy of epithelioma. (Die verschiedenen Grade der Malignität des Epithelioms.) Liverpool med.-chirurg. journal **33,** S. 158—162. 1913.

Genaue histologische Untersuchungen erlauben einen Rückschluß auf die absolute Bösartigkeit maligner Tumoren. So sind Bindegewebsgeschwülste mit breiten unregelmäßig gelagerten Zellkernen und zahlreichen Mitosen recht bösartig, regelmäßige, lange Kerne geben bei scharfer Zellabgrenzung eine bessere Prognose. Zellen mit fibrillären Fortsätzen weisen auf Gutartigkeit hin. Bei den Epitheliomen ist die Art des Tiefenwachstums (Schonung oder Unterbrechung des basalen Gewebes) von Bedeutung. Weiterhin der Umstand, ob sich der Tumor auf einem chronisch entzündlichen Gewebe entwickelt (sehr günstig). Regelmäßige Nester ohne Neigung zur Ulceration zeigen relative Gutartigkeit. Wucherung der Krebszellen in die Umgebung oder gar in die regionären Drüsen weisen auf hochgradige Bösartigkeit hin. *Strauß* (Nürnberg).

Jaboulay, La substance granuleuse des sarcosporidies dans les tumeurs éphithéliales bénignes. (Die körnige Substanz der Sarkosporidien in den gutartigen epithelialen Geschwülsten.) Lyon méd. **120,** S. 377—379. 1913.

Bei ausgereifter Sarkosporidie finden sich neben den Sporen vergrößerte Zellen, Bindegewebe und eine körnige Substanz, deren feine Körnchen mit einigen runden Sporen gemischt sind und eine Dicke von 3—4 μ haben. Diese körnige Substanz ist als Muttergewebe für die anderen Gewebsarten der Tumoren anzusehen und bedeutet das pathologische Agens der gutartigen epithelialen Tumoren beim Menschen. Bei gewissen cystischen Kröpfen, Ovarialcystomen und auch bei der „maladie kystique" der Brust findet sich bei Punktion eine gelbliche Flüssigkeit, die goldig reflektiert. Das rührt von der körnigen Substanz der Sarkosporidie her, die in der Flüssigkeit suspendiert ist. Im Schnittpräparat finden sich die Körnchen entweder frei im Lumen der cystischen Hohlräume oder am Rande der Epithelschicht oberflächlich aufliegend. Neben den feinen Körnchen sieht man hier noch rote bis schwarzrote Sporen. Von den Histologen wurden diese Körnchen bis jetzt als banales Exkretionsprodukt bezeichnet. Verf. sah in einer Arbeit der „Recherches sur les tumeurs epitheliales 1904" schon die Körner als pathogene Protozoenprodukte an und suchte in ihnen das ätiologische Moment für die „maladie kystique der Brust." Diese körnige Substanz schädigt die Epithelzellen und bringt sie entweder zur Wucherung und Abstoßung oder sie dringt in die Tiefe des Gewebes ein und gibt den Anstoß zur Entwicklung eines Carcinoms. Die Körnchen scheinen die jungen noch unreifen Keime abzugeben für die wachsenden Zellen der Protozoen. Deshalb trifft man sie auch nur in den Neubildungen an, die noch nicht carcinomatös sind. Wandelt sich der gutartige Tumor in einen bösartigen um, so ändern auch sie ihre Gestalt und werden zu Bindegewebe und den großen Zellen der ausgereiften Sarkosporidie. — Also die Sarkosporidie verursacht gutartige und bösartige epitheliale Tumoren. Die Lage der körnigen Elemente auf dem Epithelsaum oder im Bindegewebe läßt eine mögliche Umwandlung der einfachen Cysten im Carcinom erkennen. *Stadler* (Leipzig).

Scaduto, G., La Roentgenterapia degli epiteliomi cutanei. (Die Röntgenbehandlung der Hautepitheliome.) (*Istit. dermosifil., univ. Palermo.*) Policlin., Sez. prat. **20,** S. 289—294. 1913.

Verf. hat in drei Jahren 108 Patienten mit Epitheliomen, vorwiegend am Gesicht, behan-

delt: von diesen sind 82 geheilt, einige seit über zwei Jahren. Den Sitz an der Lippe hält Scaduto nicht für eine Kontraindikation gegen die Röntgenbehandlung; seine beiden derartigen Fälle sind geheilt, einer seit mehr als zwei Jahren, der andere seit einem Jahr. Bei verhornten oder vernarbten Oberflächen curettiert man vor Einwirkung der Strahlen. Nach Eintritt der Heilung ist die Bestrahlung in regelmäßigen Intervallen, ein- bis zweimal monatlich, noch längere Zeit fortzusetzen, am besten mit härteren gefilterten Strahlen, um in der Tiefe zu wirken; dadurch ist eine gute Prophylaxe gegen Rezidive ermöglicht. Der Ansicht einiger Autoren, daß die Basalzellenepitheliome radiosensibel, die spindelzelligen radionegativ sind, kann sich S. nicht anschließen, es besteht nach seiner Meinung kein Unterschied. Es ist eher ein Unterschied zwischen den oberflächlichen und tiefen anzunehmen. Die beste Wirkung ist mit mittelharten Strahlen, 4—5 Benoist-Walter, zu erreichen. *Wohlauer* (Charlottenburg).

Lipschütz, B., Filtrierbare Infektionserreger und maligne Tumoren. Zentralbl. f. Bakteriol., Orig. **68,** S. 323—332. 1913.

Verf. zeigt einen weitgehenden Parallelismus zwischen filtrierbaren Infektionserregern und malignen Neoplasmen. Daran wird die Hypothese geknüpft, daß ein Teil der malignen Tumoren auf filtrierbare Infektionserreger zurückzuführen sei, die „cellulotrop" sein müßten und nur an eine Wirtszelle, d. h. eine bereits befallene Zelle, gebunden übertragbar und zur Metastasenbildung fähig wären. Verf. will seine Hypothese als Arbeitshypothese betrachtet sehen, um auf dieser Grundlage die bei den filtrierbaren Infektionserregern gebräuchlichen Arbeitsmethoden auch der Erforschung der Geschwulstätiologie dienstbar zu machen. *Hochheimer* (Berlin-Schöneberg).

Carl, Walter, Über Tumorbildungen bei Kaltblütern. (*Chirurg. Klin., Königsberg.*) Med. Klin. **9,** S. 464—466. 1913.

Verf. bespricht die in der Literatur zusammengestellten Erfahrungen und Beobachtungen bei Kaltblütertumoren. Er hält besonders die Fische für das Studium der Erblichkeit von Tumoren geeignet. Metastasenbildung ist selten bei den Kaltblütern (nur 3 mal beschrieben). Das Auftreten von Kachexie ist nicht beobachtet worden. Auch bei den Kaltblütern ist die Disposition für Tumorbildung im höheren Alter eine größere. *Stammler.*

Rohdenburg, G. L., Family incidence of malignant tumors. (Familiäres Vorkommen maligner Tumoren.) New York med. journal **97,** S. 443. 1913.

Anführung von 3 Anamnesen, die 2 mal ein gleichzeitiges oder kurz folgendes Carcinom bei Ehegatten, im 3. Falle ein 5 maliges kurz nacheinander beobachtetes Carcinom innerhalb einer Familie, bzw. bei Bewohnern desselben Hasues ergaben. Verf. führt den Nachweis, daß es sich trotzdem nicht um Kontaktinfektion gehandelt hat, indem in allen Fällen ein mechanischer Reiz des betroffenen Körperteils vorlag. *Strauss* (Nürnberg).

McFarland, Joseph, and Guthrie Mc Connell, A group of mice with exceptional resistance to mouse carcinoma. (Eine Mäusegruppe mit besonderer Resistenz gegenüber dem Mäusecarcinom.) Journal of med. res. **27,** S. 437—443. 1913.

Walker, Charles, and Harold Whittingham, The effect of general contraction of the peripheral bloodvessels upon mouse cancers. (Die Wirkung der allgemeinen Contraction der peripheren Blutgefäße auf die Mäusecarcinome.) Lancet Bd. **184,** Nr. 15, S. 1010—1011. 1913.

Skudro, Stanislaw, Über den Einfluß der Quecksilberpräparate auf das Wachstum der Mäusecarcinome. (*Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Jagellon. Univ. Krakau.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26,** Nr. 15, S. 577—581. 1913.

Lewin, Carl, Die Wirkung von Schwermetallen auf die bösartigen Tiergeschwülste. (*Charité Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 541—542. 1913.

Ausgehend von den Beobachtungen W. Heubners, daß gewisse Goldsalze auf die Capillaren eine vergiftende Eigenschaft ausüben, und anschließend an die Versuche von Neuberg und Caspari hat Verf. die Einwirkung intravenöser Injektionen von Goldverbindungen auf Mäusetumoren studiert. Er benutzte hauptsächlich Auronatriumchlorid, Goldsol und Aurumkalium cyanatum. Die Wirkung dieser Verbindungen auf Mäusetumoren zeigte sich darin, daß schon nach zwei intravenösen Injektionen infolge von Capillarschädigung Blutungen in dem Tumor auftraten, die ihrerseits wieder zur Bildung von Hohlräumen führten, welche mit blutig gefärbten Zerfallsprodukten gefüllt waren. Nach 3 bis 4 Injektionen kann der Tumor in weitem Umfange zu einer nekrotischen, blutig tingierten Masse umgewandelt sein. Verf. führt diese Veränderungen, ebenso wie die bei den Versuchen von Neuberg und Caspari beobachteten, nicht auf eine Affinität der Metalle zu den Zellen zurück, sondern zu den feinsten Blutgefäßen im Tumor. *Stammler* (Hamburg).

Roziès, H., La cuprase dans le cancer inopérable. (Die Cuprase beim inoperablen Krebs.) Gaz. des hôp. **86**, S. 327—329. 1913.

Bei der Behandlung von einem Rectumcarcinom, zwei Carcinomen des Collum uteri und einem Pharynxcarcinom mit der von Gaube empfohlenen Cuprase (einem kolloidalen Kupferpräparat), hat Verf. weder einen Stillstand des Geschwulstwachstums noch eine Rückbildung des Tumors feststellen können. *Konjetzny* (Kiel).

Werner, R., Die nichtoperativen Behandlungsmethoden der bösartigen Neubildungen. (*Samariterhaus, Heidelberg.*) Berl. klin. Wochenschr. **50**, S. 435—441. 1913.

Man behandelt maligne Tumoren mit internen Mitteln verschiedenster Art, mit Toxinen, mit Schlangen- und Bienengiftinjektionen, mit Blut- und Adrenalineinspritzungen, mit aktiver Immunisierung und mit Fermenten, äußerlich mit Ätzpasten, mit Salvarsan und Atoxyl. Weitaus am vollkommensten durchgebildet und am häufigsten angewandt ist unter allen nichtoperativen Krebsbehandlungsmethoden die Radiotherapie. Von besonderem Werte ist die Kombination der Behandlung durch radioaktive Substanzen mit der Röntgenbestrahlung. Die Erfolge dieser Behandlung sind in manchen Fällen verblüffend. Ob aber die momentan oft überraschenden Erfolge von Dauer sein werden, läßt sich derzeit noch nicht entscheiden. Der offenbare Vorteil, den die radiotherapeutische Kombinationstherapie bietet, hat Werner veranlaßt, eine chemische Substanz zur Behandlung heranzuziehen, welche im Körper eine ähnliche Wirkung entfaltet, wie die Strahlen, nämlich das Cholin und seine Salze. Die Einspritzungen werden gleichzeitig mit den Röntgen- und Radium- bzw. Mesothorbestrahlungen begonnen. W. hält das eine für erwiesen, daß, solange keine vollkommene suffiziente Einzelmethode existiert, die richtige Kombination mehrerer Verfahren, insbesonders der radio-, chemo- und immunotherapeutischen, gelegentlich unterstützt durch eine vorsichtige Toxin- oder Fermentbehandlung, jeder einheitlichen und einseitigen Therapie überlegen ist. *Colley* (Insterburg).

Jaffé, Berko, Blutgerinnungsbestimmungen bei Carcinom und Sarkom. Folia haematol. Arch. **15**, S. 167—180. 1913.

Verf. hat bei 6 Carcinomen und 5 Sarkomen Blutgerinnungsbestimmungen gemacht, und zwar mit der Kottmannschen Methode (Koagulationsviskosimeter). Während die Carcinomfälle etwa normale Gerinnungszeiten aufwiesen, ergaben alle Sarkomfälle eine deutliche Verzögerung, die sich vielleicht aus dem starken Blutreichtum der Sarkome erklärt. Verf. hält es für möglich, mit der Blutgerinnungsbestimmung ein differentialdiagnostisches Merkmal zwischen Carzinom und Sarkom zu erlangen. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Ward, Gordon R., The blood in cancer with bone metastases. (Das Blutbild bei Krebs mit Knochenmetastasen.) Lancet **184**, S. 676—677. 1913.

Verf. beschreibt kurz 4 Fälle von metastatischen Tumoren des Skelettsystems und die beobachteten Blutveränderungen. Seine Mitteilungen zeigen, wie verschieden sich das Blutbild verhalten kann. Nur in einem Falle bestand eine ausgesprochen schwere Anämie, nur in zweien eine mäßige Leukocytose. Myelocyten wurden in 3 Fällen gefunden, Normoblasten und Megaloblasten fanden sich in allen Fällen. In einem derselben wurden auch riesenzellenähnliche Elemente im Blute angetroffen. *Hirschfeld* (Berlin).[M]

Hutchinson, William, Multiple primary carcinoid of the skin in an infant. (Multiple primäre Hautcancroide beim Kinde.) Journal of cut. dis. **31**, S. 161—166. 1913.

Eingehende makro- und mikroskopische Beschreibung einer Beobachtung von multiplen Hautcancroiden, die zuerst in Form eines gelbbraunen Knötchens bei einem sonst gesunden 5 Tage alten Säugling auftraten und sich dann über den ganzen Körper ausbreiteten, ohne das Allgemeinbefinden des Kindes wesentlich zu beeinträchtigen. Die histologische Untersuchung ergab eine deutliche, von der Seitenwand der Haarfollikel ausgehende Zellneubildung. — Angiosarkom, Sarkoid, die Kaposische Erkrankung und Granulomatosis werden in differentialdiagnostische Erwägung gezogen. *Strauß* (Nürnberg).

Galliot, Traitement du cancer. (Behandlung des Krebses.) Paris méd., S. 372—373. 1913.

Verf. empfiehlt für das Carcinom die Kombination der Seleniumtherapie mit der sonst möglichen chirurgischen Behandlung. Es dürfte nützlich sein, vor dem operativen Eingriff einige Injektionen von Elektro-Selenium zu machen, um den Tumor zu erweichen und Verwachsungen zu beseitigen, und ebenso nach der Operation, zur Vermeidung von Metastasen und Vernichtung von Krebskeimen, die das Messer nicht hat erreichen können. *Konjetzny* (Kiel).

Wickham, Degrais et Slavik, Emploi du radium dans le traitement du cancer grave. (Über das Radium in der Behandlung schwerer Carcinomkranken.) Ann. d'électrobiol. et de radiol. **16,** S. 37—39. 1913.

Das Radium kann nach Ansicht der Verff. in vielen schweren Carcinomfällen eine allen anderen therapeutischen Maßnahmen überlegene Wirkung ausüben. Es handelt sich aber stets nur um eine palliative Beeinflussung, die oft von recht langer Dauer sein kann.
Naegeli (Zürich).

Chir.Kong. **Stammler, Behandlung bösartiger Geschwülste mit dem eigenen Tumorextrakt. Demonstration eines geheilten Falles.**

Demonstration einer 65jährigen Patientin, bei der ein rezidivierendes Uteruscarcinom mit Metatasen durch Behandlung mit dem eigenen Tumor vollkommen zum Verschwinden gebracht wurde. Der Tumorextrakt wurde aus einer Drüsenmetastase hergestellt und stellt einen sterilen wässerigen Auszug dar, der mit etwas Toluol versetzt wurde. Injiziert wurde, nachdem das Extrakt zwei Tage der Autolyse überlassen war. Vortr. berichtet über seine Erfahrungen mit dieser Methode und erwähnt einige Fälle, bei denen eine deutliche Einwirkung auf den Tumor zu beobachten war. Ein Fall von Schleimkrebs des Netzes ist sehr gebessert. Vortr. erinnert daran, daß schon einige Fälle publiziert sind, wo maligne Tumoren durch Behandlung mit dem eigenen Tumorbrei geheilt wurden. — Wenn er auch dieser Therapie keine allzu große Bedeutung beilegen möchte, so empfiehlt er sie doch in allen Fällen, wo es möglich ist, steriles identisches Tumormaterial zu bekommen und in Kombination mit anderen Methoden. Selbstbericht.

Magni, Egisto, Due casi di neurofibrosarcomatosi multipla periferica. (Zwei Fälle von multipler, peripherer Fibrosarkomatose.) (*Osp. civ., Fermo.*) Policlin., Sez. chirurg. **20,** S. 138—144. 1913.

Ausführlicher Bericht von 2 Fällen, in denen bei jugendlichen Personen multiple Fibrosarkome der peripheren Nerven beobachtet wurden, die nach jahrelangem Sichtum zum Tode führten. Die histologische Untersuchung ergab, daß die Geschwülste von der Bindegewebsscheide der Nerven ausgingen und aus konzentrisch angeordneten Zellen bestanden. Irgendwelche Symptome, die eine Geschwulstbildung im Zentralnervensystem andeuteten, wurden nicht beobachtet. *Strauß* (Nürnberg).

Verletzungen:

Lewy, J., **Syringomyelie und Unfall.** Med. Klinik Jg. 9, Nr. 15. S. 599—600. 1913.

Kriegschirurgie:

Reclus, Paul, Du traitement des blessures par balles de revolver et de fusils de guerre. (Behandlung der Kriegsverletzungen durch Revolver- und Gewehrkugeln.) Presse méd. **21,** S. 221—223. 1913.

Reclus hält seine seit 30 Jahren erhobene Mahnung, bei Revolver- und Gewehrkugelschüssen die Wunde möglichst in Ruhe zu lassen, unbedingt aufrecht. Der Einschuß wird mit Jodtinktur gepinselt. Das Kugelsuchen ist dagegen im allgemeinen streng verboten. Das Geschoß soll nur entfernt werden, wenn es innerhalb eines Gelenkes die Beweglichkeit hindert oder, an einer sonstigen Gewebsstelle eingekapselt, Schmerzen macht. Außerdem wird noch operativ gegen etwaige Schädigungen der Gefäße, Eingeweide usw. vorgegangen. Dagegen ist Bleivergiftung durch eingeheilte Geschosse (Jagdgewehrschrotkörner) nicht zu fürchten, wie an 3 eigenen Fällen dargetan wird. Die von Curtillet und Lombard aus langen Zeiträumen gesammelten gegenteiligen Beobachtungen sind nicht einwandfrei und außerdem nur sehr spärlich. *Georg Schmidt* (Berlin).

Depage, Ambulance belge à Constantinople pendant la guerre des Balkans. (Belgische Ambulanz in Konstantinopel während des Balkankrieges.) Bull. de l' acad. roy. de méd. de Belgique **27,** S. 35—51. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt I, S. 330.

Mühsam, Richard, Chirurgische Erfahrungen im deutschen Roten Kreuz-Lazarett in Belgrad. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 596—600. 1913.

Der vom Verf., Chefarzt der in Belgrad tätigen deutschen Roten Kreuz-Expedition, gegebene Bericht bringt eine weitere Bestätigung der von anderen Kriegschirurgen bereits mitgeteilten Erfahrungen; er bezieht sich auf 296 Schußverletzungen (228 Gewehr-, 57 Schrapnell- oder Granat-, 11 Maschinengewehrschüsse). Zur Verwendung war gekommen das türkische 7,65 mm kalibrige Vollmantelgeschoß, vereinzelt das neue Spitzgeschoß. Auffallend war die

rasche Heilung von Schüssen, die in unmittelbarster Nachbarschaft der wichtigsten Gefäße durchgegangen waren. Ein Schuß (Einschuß: Oberkiefer; Ausschuß: unterhalb des rechten Schulterblatts) hatte den Hals gekreuzt; Heilung in 2 Wochen! Ein wesentlicher Unterschied in der Wirkung des Spitzgeschosses und des abgerundeten Geschosses bestand nicht; allerdings fanden sich bei Steckschüssen in einem größeren Prozentsatz Spitzgeschosse, und zwar mit dem Geschoßboden voran. Etwa 20% der Fälle waren infiziert; oft war der Einschuß aseptisch, am Ausschuß fand sich unter einer Borke eitriges Sekret. Der weitere Verlauf war mei t von der Möglichkeit eines guten raschen Transports abhängig. Die erste Versorgung war, abgesehen von mangelhafter Schienung, vorzüglich: das Utenmöllensche Verbandpäckchen war vorschriftsmäßig angelegt; die Schußkanäle waren nur äußerst selten tamponiert. Es wurde streng aseptisch, meist mit Gummihandschuhen operiert; Jodoform wurde nicht gebraucht; in eiternde und infizierte Wunden wurde Perubalsam mit gutem Erfolg hineingegossen. Mastisol leistete Gutes bei trockenen Wunden; zur Desinfektion diente Jodtinktur, zur Unterbindung Jodcatgut (Marke Wiesner). Bei 22 Kopfschüssen wurde nur einmal (Tangentialschuß des rechten Scheitelbeins), bei 5 Aneurysmen (darunter 3 der A. tib. post.) 2mal operiert. Man soll, wenn keine vitale Indikation vorliegt, mit der Aneurysmaoperation bis zur Ausbildung der Kollateralen warten. Die Operation der Wahl bleibt die Unterbindung. Nur bei großen Gefahr ist der Versuch der Arteriennaht berechtigt. Bei 45 Brustschüssen (darunter 13 Konturschüsse) wurde nur einmal wegen Osteomyelitis einer Rippe operiert; eimal wurde ein Hämatothorax punktiert. Empyeme wurden nicht beobachtet. Bei 18 Bauchschüssen wurde nur zweimal und zwar bei Steckschüssen in die rechte Nierengegend operativ vorgegangen. Von 38 Schußfrakturen betrafen 14 die langen Röhrenknochen. Weitgehende konservative Behandlung ist dringend zu empfehlen. Die Infektion ist augenscheinlich nur ausnahmsweise schwerer Art. Selbst Phlegmonen gehen bei Hospitalbehandlung oft spontan zurück. Nur 2 Amputationen waren erforderlich. *Kayser* (Cöln).

Denk, Wolfgang, Erfahrungen und Eindrücke aus dem Balkankriege. (*I. chirurg. Univ.-Klin., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. **26,** S. 451—456. 1913.

Denk sah in Sofia 1186 Schußverletzte, die infolge des oft mehrtägigen Transports auf Ochsenkarren in verschmutztem, sehr häufig desolatem Zustande ankamen. Gänzlich in jeder Beziehung versagten die „Samariterinnen", Damen der Gesellschaft, die einen Verbandkursus von kurzer Dauer genommen hatten. Er fordert strengste Auswahl im Frieden. Wegen der Empfindlichkeit der Bulgaren wurde fast stets Allgemeinbetäubung mit Äther durch Soldaten ausgeführt. Wesentlichere Komplikationen traten nicht auf. Konservative Therapie bewährte sich sehr bei den penetrierenden Bauch- und Brustschüssen, bei Knochen- und Gelenkverletzungen. Operiert wurde nur bei Infektion und Eiterverhaltung, jedoch war die Einwilligung hierzu oft nur schwer zu erhalten. Infektion war häufig, infolge der Tamponade — 6% aller Schüsse waren tamponiert!! — und des langen Transports. Häufig ging die Infektion infolge längeren Transports nach 1—2tägiger Ruhigstellung zurück. D. schildert dann das Krankheitsbild der „Granatkontusion". — Kurze Bewußtlosigkeit, die mit mehrtägigem Verlust des Gehörs oder der Sprache ohne anatomische Grundlage einhergeht — und der Kriegsphlegmone: Hohes Fieber 40—41° C, keine Rötung, kaum Schwellung, oft geringe Schmerzen, trotzdem ausgedehnte Verjauchung der Weichteile, Nekrose von Sehnen und Fascie. Auffallend gering ist die Zahl der Gefäßverletzungen — 4 — und groß die der Nerven — 39 —. Letztere wurden 13mal operativ behandelt, eine Durchtrennung nie gefunden, sondern nur Kompression durch Callus, Narbengewebe; Lähmungen blieben trotz Auslösen des Nerven in der 1—1½ monatigen Beobachtungszeit unbeeinflußt. Um die Zahl der Infektionen zu beschränken, schlägt Verf. vor, daß jeder Soldat eingehend in der Anwendung des Verbandpäckchens unterwiesen wird. *Simon* (Breisach).

Lotsch, Über die Wirkung des Spitzgeschosses. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 601—603. 1913.

Lotsch berichtet über seine in den bulgarischen Lazaretten gemachten Erfahrungen über das türkische Spitzgeschoß, das, dem unsrigen ähnlich. sich im wesentlichen durch das geringere Kaliber 7,65 mm : 7,9 mm unterscheidet. Er hebt die zahlreichen Verletzungen der Gefäße und Nerven hervor, weist auf die Neigung des Geschosses zur Querstellung hin, durch die eine Anzahl Verwundungen schwerer wird. Im übrigen macht es dieselben Verletzungen wie das frühere Ovigalgeschoß, d. h. solche, die unter den üblichen Behandlungsmethoden bei Fernhalten der Infektion einen günstigen Heilungsverlauf nehmen. *Simon.*

Schliep, Ludwig, Über Gelenkschüsse. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 600 bis 601. 1913.

Verf. berichtet über seine Erfahrungen an Gelenkschüssen während seiner Tätigkeit am Lazarett des deutschen Roten Kreuzes zu Belgrad.

Er beobachtete unter 333 Verwundeten 48 Schußverletzungen der großen Gelenke, davon waren 10,2% infiziert. Betroffen waren das Schultergelenk in 15 Fällen, das Ellenbogengelenk in 13; 9 Schüsse gingen durch das Knie, 5 durch das Handgelenk, 6 durch das Fußgelenk. Günstiger Bericht über die Verwendung der Stauungshyperämie im Felde, insbesondere empfiehlt er prophylaktische Stauung bei infektionsverdächtigen Gelenkschüssen. Die Prognose der Gelenkschüsse ist gut, zumal wenn man berücksichtigt, daß die serbischen Verwundeten nach äußerst beschwerlichem, langem Transport erst sehr spät in Lazarettbehanadlung kmen. *Kaerger* (Berlin).

Ferraton, Sur les blessures de guerre par les armes modernes. (Über die Kriegswunden durch die modernen Waffen.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 394—403. 1913.

Murphy empfahl auf dem Chirurgenkongreß 1908 für die Behandlung der Peritonitis nach Peri typhlitis eine kleine Incision in der Mittellinie. Einführung eines Jodoformstreifens von hier aus in die abhängigen Partien ohne Abtastung der Bauchhöhle. Tropfenweise rektale Kochsalzinfusion. Harris behandelte so 17 Fälle von Verletzungen des Abdomens durch Schüsse, mit dem Erfolg, daß alle 17 heilten. Verf. ist der Ansicht, daß falls sich diese Methode weiterhin bewähren sollte, im Kriege von ihr weitgehendst Gebrauch zu machen sei. *Coste.*

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Chir.Kong. **Sprengel, Die Wahl des Narkoticums bei Operationen wegen akut entzündlicher Prozesse in der Bauchhöhle.**

Vortr. geht von dem in den Mitteilungen von Reichel (1900) und Amberger (1909) geschilderten und als postoperative Sepsis gedeuteten Krankheitsbilde aus, bestehend aus Ikterus, Unruhe, Schlafsucht, Koma, das meist zum Exitus führt, ausnahmsweise in Heilung ausgeht. Er selbst hat es in einer größeren Reihe von Fällen nach Appendicitisoperationen im akuten Stadium gesehen und hält es nach den Arbeiten von Sippel, Stierlin u. a. für zweifellos, daß die ursprüngliche Deutung des Symptomenkomplexes und seiner anatomischen Unterlage (Verfettung innerer Organe, Herz, Nieren, und besonders Leber) unzutreffend war, daß es sich vielmehr um Chloroformspätwirkung handelt. S. hat, nachdem er zu dieser Erkenntnis gelangt war, bei der Operation entzündlicher Erkrankungen des Abdomens das Chloroform prinzipiell fortgelassen und seitdem (Oktober 1911) keinen einzigen einschlägigen Fall mehr gesehen, während er noch von Februar bis Ende September 1911 nicht weniger als sechs Fälle (davon drei tödlich) beobachtet hatte. Er hält das Chloroform für diese Krankheitsgruppe für absolut kontraindiziert und empfiehlt statt dessen die zweifellos für diese Fälle ungefährlichere, vielleicht allgemein zu propagierende Morphium-Äthernarkose. *Selbstbericht.*

Chir.Kong. **Meisel** hat schon im Jahre 1903 auf die Gefahr hingewiesen, die das Chloroform bei allen peritonealen Infektionen hat, und wendet seitdem nur Äther an. Hierauf führt er es zurück, daß er in den letzten 200 Fällen einer akuten Appendicitis keinen operativen Todesfall erlebt hat. *Katzenstein* (Berlin).

Chir.Kong. **Finsterer** bestätigt die Anschauungen Sprengels. Er wendet bei entzündlichen Bauchaffektionen zur Eröffnung der Bauchhöhle die Lokalanästhesie an. Bei der Eventration wird ein leichter Ätherrausch ausgeführt.

Chir.Kong. **Kümmell** empfiehlt wärmstens die Anwendung der intravenösen Äthernarkose. Er hat bei 200 Fällen nie eine Störung gesehen.

Chir.Kong. **Petroff** empfiehlt die intravenöse Hedonalnarkose in allen Fällen, in denen die Allgemeinnarkose gefährlich ist. Er hat sie bis jetzt 100mal angewandt.

Kisch, Bruno, Untersuchungen über Narkose. (*Physiol. Inst., dtsch. Univ. Prag.*) Zeitschr. f. Biol. **60**, S. 399—456. 1913.

Die Arbeit enthält ausgedehnte, an Infusorien vorgenommene Versuche über die Frage, ob durch die Narkose nur die oxydativen Vorgänge des normalen Stoffwechsels

gehemmt werden oder ob es auch gelingt, normalerweise sich in der Zelle nicht abspielende Oxydationsprozesse durch Narkotica zu hemmen (z. B. photodynamische Erscheinungen, die Wirkung intensiver Belichtung und erhöhter Sauerstoffspannung). Die Versuche, die vorwiegend biologisches Interesse bieten, sind für kurzes Referat nicht geeignet und müssen im Original nachgelesen werden. *Tiegel* (Dortmund).

Reichel, Hans, Erfahrungen mit dem Scopolamindämmerschlaf in Verbindung mit Morphium, Pantopon und Narkophin. (*Chirurg. Priv.-Klin. von Hofrat Krecke, München.*) Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 638—642. 1913.

Verf. warnt vor der Darreichung von Skopolamin in Verbindung mit Morphium oder Pantopon. Namentlich nach Skopolamin-Pantoponnarkosen wurden schwere Störungen der Atmung (oligopnoische Zustände) beobachtet, die nicht ungefährlich waren. Einer Anzahl aus der bereits vorliegenden Literatur zitierten Beobachtungen werden 6 eigene hinzugefügt. In 4 von diesen Fällen trat der Tod ein, der mit der Darreichung des Skopolamins in ursächlichen Zusammenhang gebracht wurde, in den 2 anderen Fällen konnte der bedrohliche Atemstillstand durch künstliche Atmung behoben werden. Auf Grund dieser üblen Erfahrungen wurde das Morphium bzw. Pantopon durch das von Straub angegebene Narkophin ersetzt, und zwar, wie sich bei etwa 60 Fällen (Kropfoperationen) zeigte, mit befriedigenden Erfolgen. Die einschläfernde Wirkung war dieselbe wie beim Pantopon und irgendwelche nachteiligen Wirkungen, besonders vonseiten des Atemzentrums, sind bisher nicht beobachtet worden. Die Dosis des Narkophins muß etwas höher genommen werden wie die des Morphiums. Nach Straub entsprechen etwa 3 ctg Narkophin 1 ctg Morphium. Diese Dosis wurde auch nicht überschritten. Bei weiterer Bestätigung der bisherigen günstigen Erfahrungen dürfte es nach Ansicht des Verf. geraten sein, die Skopolamin-Pantoponnarkose allgemein durch die Skopolamin-Narkophinnarkose zu ersetzen. *Tiegel* (Dortmund).

Giffard, G. G., and F. C. Fraser, Abdominal section performed on a patient anaesthetised by intravenous infusion of ether. (Über eine Bauchoperation unter Insufflationsnarkose mit Äther.) Ind. med. gaz. **48**, S. 106. 1913.

Operation einer postoperativen Hernie; Dauer: ca. 40 Minuten. Verbrauch: 0,85 l einer 5 proz. Lösung. Außer leichtem, postoperativem Erbrechen keine Störungen. *Kulenkampff.*

Wrede, Über Herzmassage. Chir. Kong.

Bei plötzlicher Herzsynkope bezweckt die direkte Herzmassage zunächst eine Blutzirkulation, durch die das Chloroform den Gewebszellen entrissen werden soll. Daß tatsächlich eine solche Zirkulation möglich ist, hat Vortr. durch ein Experiment erwiesen. Beim toten Hunde wurde eine solche Herzmassage ausgeführt und ein Farbstoff in die Vena jugularis injiziert. Dieser Farbstoff konnte in Arterien, sowie auch in der Vena portarum nachgewiesen werden. Weiterhin soll durch die Herzmassage eine mechanische Erregung auf das Herz ausgeübt werden, vor allem aber soll damit eine Zirkulation in den Gefäßen des Herzens erzielt werden. Die Vorbedingung hierfür ist, daß ein hoher Druck in der Aorta vorhanden ist, damit das aus dem Herzen ausströmende Blut nicht nur in diese, sondern auch in die Herzgefäße fließt. Diese Druckerhöhung in der Aorta wird erreicht durch Hochlagerung, Abbindung der unteren Etremitäten, Injektion von Nebennierenpräparaten, sowie auch durch Erregung der Medulla oblongata. Sehr wichtig ist die künstliche Atmung, weil hierdurch vor allem das Narkoticum eliminiert wird. Die verschiedenen Gewebe sind verschieden empfindlich gegenüber dem Aussetzen des Blutstromes. Das Großhirn kann schätzungsweise nur 15 Minuten der Blutzirkulation entbehren, ohne abzusterben, während das Herz bei künstlicher Durchblutung noch 24 Stunden nach Aufhören der Blutzirkulation rhythmisch zu schlagen beginnt. Demnach muß spätestens 10 Minuten nach Beginn der Herzsynkope mit der Herzmassage begonnen werden wegen der Gefahr des Gehirntodes. Die Herzmassage muß möglichst lange fortgesetzt werden. Vortr. hat bei einem Patienten noch nach $1^1/_2$ Stunden das Auftreten normaler Herzkontraktionen beobachtet. Der Kranke ging

allerdings gleichwohl nach 3 Tagen unter den Erscheinungen des Herztodes zugrunde. Bei der Sektion fanden sich circumscripte Nekrosen, die Vortr. auf eine zu kräftige Herzmassage zurückführt. Einschlägige Experimente, die noch nicht abgeschlossen sind, bestätigen diese Auffassung. Auf Grund dieser Beobachtung empfiehlt Vortr. in allen Fällen schwerer Herzsynkope die Anwendung der direkten Herzmassage.

Katzenstein (Berlin).

[Chir. Kong.] **Sievers** hat Experimente ausgeführt über den Einfluß der künstlichen Atmung, Sauerstoffinjektion in das Blut, sowie von Natrium percarbonicum. Die Experimente bezweckten die Beantwortung der Frage, wie lange Aorta und Art. pulmonalis bei der Trendelenburgschen Operation ohne Tod des Tieres ausgeschaltet werden können. Ohne künstliche Atmung: $2^1/_2$ Minuten. Mit künstlicher Atmung: $3^1/_4$ bis 4 Minuten. Sauerstoffinjektion: $5^1/_2$ Minuten. Herzmassage: $6^1/_2$ Minuten. Natrium percarbonicum in die Blutbahn: $3^1/_2$ Minuten. Sauerstoffinjektion in die Blutbahn plus Adrenalininjektion ins Herz: 7 bis 8 Minuten. *Katzenstein* (Berlin).

[Chir. Kong.] **Kümmell** hat in zwei Fällen von Herzsynkope, die nach Ausführung der Laparotomie auftrat, die direkte Herzmassage vom Zwerchfell aus ausgeführt und in beiden Fällen eine Heilung erzielt. *Katzenstein* (Berlin).

[Chir. Kong.] **Wendel** hat bei einer Herzsynkope, die während einer Laparotomie auftrat, durch Herzmassage vom Zwerchfell aus die Patientin retten können. In einem zweiten Falle, bei dem er die Herzmassage nach Eröffnung des Thorax ausführen mußte, lebte zwar der Patient noch 24 Stunden, ging aber dann, ohne das Bewußtsein wiedererlangt zu haben, zugrunde. *Katzenstein* (Berlin).

Kuhn, Die erste Hilfe bei Asphyxien mittels direkter Einblasung von Luft. (*Hosp. Hauptstraße, Berlin-Schöneberg.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 647—650. 1913.

Veranlaßt durch eine im vorigen Jahr in der Münch. med. Wochenschrift gebrachten Eingabe des Verbandes der Elektrotechniker, nach der die zurzeit üblichen Wiederbelebungsversuche häufig zu spät begönnen und nicht immer lange genug durchgeführt würden, nimmt Kuhn abermals zur Rettungsfrage das Wort. Er hält die erhobenen Vorwürfe für durchaus berechtigt, betont, daß der Scheintod viel häufiger vorkäme als gemeinhin geglaubt, weil die Feststellung des wirklichen Todes eben sehr schwer wäre, und ist der Meinung, daß in vielen Fällen unsere Hilfe nicht genügt. Er verlangt, daß die Hilfeleistung — soll sie wirksam sein — sowohl in richtiger und schonender Weise als auch lange genug ausgeführt wird. Statt der vielfach komplizierten Rettungsbestecke, mit denen nur wenig Leute umzugehen verständen und die selbst häufig genug beim Gebrauch nicht funktionierten, empfiehlt er ein einfaches Besteck, das in der Hauptsache aus zwei katheterähnlichen Instrumenten besteht, die durch den Kehlkopf vorgeschoben ev. mit Hilfe eines Gebläses eine direkte Zufuhr von Luft in die Lungen ermöglichen. Die altbewährten Handgriffe nach Sylvester u. a. m. will K. nicht missen; vielmehr sollen sie ergänzend die mechanische Betätigung des Brustkorbes zu erreichen suchen. K. wird demnächst ausführlich zu diesem Thema im Archiv für das Rettungswesen Stellung nehmen. *Knoke* (Wilhelmshaven).

Jonnescu, Über die allgemeine Rückenmarksanästhesie. (Berl. Ges. f. Chirurg., Sitz. 13. I. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 469—470. 1913.

Nach Jonnescus Erfahrungen kann eine Injektion von Stovain zusammen mit Strychninum nitricum in den Rückenmarkskanal an jedem Punkte der Wirbelsäule ohne Gefahr für den Patienten vorgenommen werden. Auf 1958 Operationen kamen nur zwei Todesfälle, die zum Teil auf andere Ursachen bezogen werden mußten. Die Injektionen bewirkten eine vollkommene Anästhesie für alle Operationen vom Kopf bis zum Fuß. Sie müssen zwischen dem I. und II. Brustwirbel erfolgen für die Anästhesie des Kopfes, Halses, der oberen Gliedmaßen und des Thorax; zwischen dem XII. Brust- und dem I. Lendenwirbel für die Anästhesie der thorako-abdominalen Region, des Bauches, des Beckens und der unteren Gliedmaßen. Die Präparate werden nach den Vorschriften Racowitzas in zwei Ampullen steril vorrätig gehalten: in der einen das Stovain gereinigt, gewogen und in fester Form, in der anderen das Strychnin in wässeriger Lösung. Vor dem Gebrauch wird 1 ccm der Strychninlösung aspiriert und in die das Stovain enthaltende Ampulle

gebracht, wodurch die gebrauchsfertige Lösung entsteht. Maximaldosis des Stovains: für die untere Anästhesie beim Erwachsenen 6 cg, bei Kindern und jungen Leuten 1—4 cg; für die obere Anästhesie bei Erwachsenen 2—3 cg, bei Kindern und jungen Personen 0,25—2 cg. Dosis des Strychnins: für die untere Anästhesie beim Erwachsenen 2 mg pro Kubikzentimeter, bei jugendlichen Personen 0,5—1 mg; für die obere Anästhesie bei Erwachsenen 1 mg, bei Kindern und jungen Personen 0,25—0,5 mg pro cbcm. Bei schlechtem Allgemeinzustand, Kachexie, akuten und chronischen Infektionen, bei Shockzuständen, großem Blutverlust kommt man mit um ca. $^1/_3$ bis $^2/_3$ geringeren Dosen aus. Um Gehirnanämie, Schweißausbrüche und ähnliche Zustände zu vermeiden, ist der Kranke sofort nach der Punktion in Rückenlage zu bringen oder die Punktion ist noch besser in Seitenlage vorzunehmen. Die beobachteten Nacherscheinungen waren nur geringe. *Tiegel* (Dortmund).

Bainbridge, William Seaman, Entwicklung der Spinal-Analgesie und gegenwärtiger Status der Methode, mit einer kurzen Übersicht persönlicher Erfahrungen in 1065 Fällen. Allg. Wien. med. Zeit. 58, S. 117—118 u. 129—130. 1913.

Die Arbeit bringt einen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der Rückenmarksanästhesie, der nichts wesentlich Neues enthält. Die eigenen Erfahrungen des Verf. umfassen 1065 Fälle, unter denen folgende Komplikationen beobachtet wurden: ein Todesfall bei Anwendung einer diffusiblen Stovainlösung, wahrscheinlich durch einen Status lymphaticus bedingt; ein plötzlicher Todesfall intra operationem bei einem Patienten mit ausgedehnten pathologischen Veränderungen der inneren Organe infolge Alkoholmißbrauchs, bei welchem die gerichtliche Obduktion keinerlei Anhaltspunkte für eine Stovainvergiftung ergab; ein Fall von temporärer partieller Paralyse mit vollständiger Erholung; ein Fall von Versagen, infolge von sogenanntem „trockenen Rückenmark", bei welchem Punktionen an verschiedenen Stellen keine Cerebrospinalflüssigkeit ergab; zwei Fälle von einer beträchtlichen respiratorischen Depression, bei denen Alypin verwandt worden war; ein Fall von Idiosynkrasie, bei welchem nach mehrfachen Versuchen weder durch spinale, noch durch lokale Injektion eine Analgesie erzeugt werden konnte. In allen übrigen Fällen waren keinerlei Begleit- oder postoperative Symptome von Dauer oder ernstem Charakter zu verzeichnen. Von Interesse sind noch die Erfahrungen, die Verf. mit der Spinalanalgesie bei Kindern machen konnte. Die jüngsten Patienten, bei denen das Verfahren ohne Komplikationen durchgeführt wurde, waren Kinder von 3 Monaten und $2^1/_2$ Jahren. Die operative Mortalität bei Kindern wird nach Ansicht des Verf. durch Anwendung der Rückenmarksanästhesie besonders bei Abdominaloperationen herabgesetzt. Die weiteren Bemerkungen über Vorbereitung des Patienten, Instrumentarium, Technik der Injektion enthalten nichts Neues. *Tiegel* (Dortmund).

Battye, W. Rothney, Spinal analgesia. (Über Lumbalanästhesie.) Ind. med. gaz. 48, S. 99—106. 1913.

Verf. gibt einen ausführlichen Bericht über die in Indien vielfach angewandte Lumbalanästhesie, ohne Neues zu bringen. Er benutzt die Barkersche Lösung (0,05 Stovain, 0,05 Glukose, 1,0 Aqua dest.), deren hohes spez. Gew. (1,023) einen großen Vorteil darstellt. Davon gibt er 2, bzw. 1,8 ccm für weibliche Individuen; letztere Dosis hat er nach seinen neuesten Erfahrungen auf 1,2—1,6 ccm reduziert. Genaue Besprechung der Technik. Punktion geschieht mit Ausnahme bei Operationen am Perineum im Liegen. Es wird kein Liquor angesaugt und im allgemeinen ca. 1 ccm abtropfen gelassen. Zahlenangaben über sein Material gibt er nicht. Drei Todesfälle, über die er berichtet, legt er nicht der Methode zur Last. *Kulenkampff* (Zwickau).

Babitzki, P., Zur Anästhesierung des Plexus brachialis nach Kulenkampff. (*Alexanderhosp., Kieff.*) Dtsch. med. Wochenschr. 39, S. 652—653. 1913.

Verf. berichtet über einen Fall von Plexusanästhesie, in welchem sich eine mehrere Wochen dauernde Lähmung des Armes einstellte. Die Schultermuskulatur blieb verschont, so daß nur die Muskeln betroffen waren, die unterhalb des abschnürenden Schlauches (!! Ref.) gelegen hatten. Nach Besprechung der verschiedenen möglichen Ursachen für dies Ereignis kommt Verf. zu dem Schluß, daß es sich um eine Schlauchlähmung gehandelt habe. Er hat das Verfahren bis jetzt in 42 Fällen angewendet und nur einmal keine Anästhesie erzielt. Er verwendet 15 ccm 3 proz. Lösung. *Kulenkampff* (Zwickau).

Meisen, J., Meine Erfahrungen mit Eusemin bei leichten bis mittelschweren Operationen. (*St. Josef-Hosp. Köln-Kalk.*) Med. Klin. **9,** S. 504. 1913.

Empfehlung des Eusemins als Infiltrationsanästhetikum in der kleinen Chirurgie, bei Hernienoperationen und anderen geeigneten Gelegenheiten. Eingespritzt wurde bis zu 5 ccm, stets prompter Erfolg. *Eugen Schultze* (Berlin).

Desinfektion:

Kantorowicz, B., Phobrol „Roche", ein neues Desinfektionsmittel. Dtsch. zahnärztl. Wochenschr. **16,** S. 205—206. 1913.

Ein durch große Desinfektionskraft, fast völlige Geruchlosigkeit, geringe Giftigkeit (wenigstens in den gebräuchlichen stark verdünnten Lösungen), und allseitige Verwendbarkeit ausgezeichnetes Antisepticum. Selbst ein Phenolderivat, Chlormetakresol, ist es allen anderen Desinfizientien gleicher Herkunft, ebenso dem Sublimat bedeutend überlegen, wenn es sich um die Abtötung vegetativer Pilzformen handelt, und steht nur in seiner Einwirkung auf die sehr widerstandsfähigen Dauerformen der Bakterien dem Sublimat und den Formolpräparaten nach. *Genewein* (München).

Teinture d'iode tétrachlorocarbonée. (Tetrachlorcarbonizierte Jodtinktur.) Gaz. des hôp. **86,** S. 329. 1913.

Als Ersatzmittel für die gewöhnliche Jodtinktur wird hauptsächlich zur anteoperativen Hautsterilisation folgende Mischung empfohlen: Jod 2,0, Tetrachlorkohlenstoff 98,0. (Cf. Bull. de la Soc. des pharm. du Loiret). *Konjetzny* (Kiel).

Braunberger, Marcel, L'imprégnation oxy-formolée. (Die Oxyformolimprägnation.) Journal de méd. de Paris **33,** S. 78—79. 1913.

Das vom Verf. empfohlene Verfahren soll die Joddampfbehandlung ersetzen. Es besteht darin, daß gleichzeitig Dämpfe von Formaldehyd und von Sauerstoff auf torpide Wundflächen, Geschwüre, jauchende Carcinome u. dgl. zur Einwirkung gebracht werden. Die Mischung der Formol- und Sauerstoffdämpfe nennt Braunberger „Oxyformol". Die Dämpfe werden in der Weise gewonnen, daß man gleiche Teile von 12 proz. Wasserstoffsuperoxydlösung, von 40 proz. Formollösung und von übermangansaurem Kali in Substanz zusammenbringt. Wünscht man Formoldämpfe allein oder Sauerstoff allein einwirken zu lassen, so ist das übermangansaure Kali mit der doppelten Menge der betreffenden Lösungen zu übergießen. Oberflächliche Wunden werden einfach über das Gefäß mit den sich entwickelnden Dämpfen gehalten. Sollen die Dämpfe mit versteckt gelegenen Gewebsflächen in Berührung gebracht werden, so bedarf es kleiner Kunstgriffe, deren einige beschrieben werden. *M. v. Brunn* (Tübingen).

Weil, Wilhelm, Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß des Jodoforms und Jods auf das Blutbild. (*Chirurg. Univ.-Poliklin., Würzburg.*) Zeitschr. f. Chemotherap., Orig. **1,** S. 412—457. 1913.

Die an Hunden angestellten und am Menschen nachgeprüften Versuche ergaben, daß das Wesen der Jodoformwirkung in der Erzeugung einer oft recht hochgradigen Lymphocytose besteht. Bei graphischer Darstellung dieser Blutveränderung bildet die Lymphocytenkurve zunächst einen absteigenden Schenkel, um sich erst dann in gerader Linie zu ihrer vollen Höhe zu erheben und nach einigen Tagen wieder zur Norm abzuklingen. Gleichzeitig werden auch die polynucleären Leukocyten beeinflußt; doch zeigt die Kurve, die deren Zahlenveränderung veranschaulicht, Gipfelpunkt und Tiefstand örtlich vertauscht. Betrachtet man die Zahlenänderung der weißen Blutkörperchen in ihrer Gesamtheit, ohne Leukocyten und Lymphocyten zu trennen, so ergibt sich eine nach Darreichung des Mittels sofort einsetzende Zunahme derselben, die bis zu ihrem Maximum kontinuierlich ansteigt, um ununterbrochen und allmählich wieder abzufallen. — Die qualitativ gleichen Veränderungen halten sich bei Applikation von Jodtinktur innerhalb bescheidenerer Grenzen. — Der theoretische Teil der Arbeit befaßt sich mit der Beeinflussung tuberkulöser Prozesse durch Jod bzw. Jodoform und erklärt die dabei unverkennbare Heilwirkung in der Weise, daß die im Organismus erzeugten Antikörper chemotaktisch auf die Lymphocyten einwirken, die dann vermöge ihrer fettspaltenden Kraft die fetthaltigen Tuberkelbacillen schwächen oder vernichten. *Genewein* (München).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Marion, G., Boule amovible pouvant se fixer extemporanément sur n'importe quelle pince cystoscopique pour servir à l'immobilisation des cystoscopes. (Instrument zur Fixation des Cystoskops vermittels einer unbeweglichen Kugel.) Journal d'urol. **3,** S. 351—352. 1913.

Das Instrument besteht aus einer Klemmschraube in fester Verbindung mit einer unbeweglichen Kugel, die sich leicht jederzeit an der Kontaktzuführung des Cystoskops befestigen und vermittels eines gewöhnlichen Halters in jeder Lage feststellen läßt. *Münnich* (Erfurt).

Kuhn, F., Der Luftkompressor im Krankenhaus. T. 4. Die künstliche Zirkulation durch Hochdruckmassage. (*Neues Hosp., Hauptstr. Schöneberg.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 499—514. 1913.

Nach einleitenden Worten über den Wert und die Nützlichkeit der Allgemeinmassage als stoffwechselförderndes Mittel empfiehlt Verf. seine Hochdruckmassage, wie er sie in einem früheren Bande dieser Zeitschrift beschrieben hat (Nr. 118). Da die Hochdruckmassage sehr weich angreift und doch energisch wirkt, da sie weiterhin keiner komplizierten, schwierig anzubringenden Apparate bedarf, so sei sie im allgemeinen den anderen Verfahren vorzuziehen. — Es wird dann im einzelnen ihre Wirkung auf die verschiedensten Zustände von Stauung, Ödemen, ischämischen Veränderungen, dann auf Muskelatrophien und Ermüdungszustände des Muskels überhaupt besprochen. Für alle sei die Hochdruckmassage sehr geeignet und nützlich, da sie die Zirkulation verbessere und den Abfluß des gestauten venösen Blutes fördere, bei Ermüdungszuständen des Muskels die Ermüdungsgifte auszutreiben imstande sei. Eine etwas begrenztere Anwendung erfahre die Hochdruckmassage — wie auch die sonstigen Massagemethoden — bei den akuten Erkrankungen und Verletzungen der Gelenke. Hier dürfte sie mehr bei solchen Fällen in Betracht kommen, wo eine leicht massierende Wirkung auf den Gelenkerguß ausgeübt werden soll; hier kann sie jedoch mit der Verwendung heißer Luft kombiniert, ähnliche Wirkung erzielen, wie die andern hitzetherapeutischen Mittel. Schließlich empfiehlt Verf. seine Hochdruckmassage noch für die Behandlung frischer Frakturen, für die ähnliche Verfahren, wie die Klappsche Luftmassage und die Einleitungsmassage von Reibmayer, oder die rhythmische Massage nach Cedernschiöld, schon im Gebrauch sind. Die Hochdruckmassage dürfte wegen ihrer weichen Applikationsmöglichkeit besonders für diese Zwecke geeignet sein. *Neumann* (Heidelberg).

Prochownick, L., Apparat zur Beleuchtung des Operationsfeldes in kleineren Betrieben. Zentralbl. f. Gynaekol. **37,** S. 460—462. 1913.

Der Apparat, der von der Firma Carl Zeiß für ca. 370 M. geliefert wird, verbindet Billigkeit mit guter Wirkung. Der auf einem sehr stabilen Stativ beweglich angeordnete Beleuchtungsapparat besteht aus einer Bogenlampe mit senkrecht zueinander angeordneten Kohlen als Lichtquelle, weiter aus zwei je an einem Ende einer Metallröhre angeordneten Kondensorlinsen. Die Entfernungsverhältnisse dieser Teile zueinander wurden so berechnet, daß zunächst die der Lichtquelle am nächsten liegende Linse in der anderen ein Bild des Lichtkraters der Bogenlampe entwirft. Diese zweite Linse bildet dann die erste Linse im Operationsfeld scharf oder nahezu scharf je nach Entfernung vom Operationsfeld ab. Auf diese Weise entsteht dann ein ruhiger, gleichmäßiger heller Lichtkreis. Um ohne Verstellung der ganzen Lampe das Lichtbündel überall hin lenken zu können, ist vor der zweiten Linse ein Spiegel angebracht, der dreh- und neigbar ist und so dem Lichtbündel die Richtung gibt. Die Lampe arbeitet mit nur $4^1/_2$ Ampere und kann bequem an jeden Steckkonktat nach Anbringung der nötigen stärkeren Sicherungen angeschlossen werden. *Neumann* (Heidelberg).

Kolinski, Jósef, Serviettenhalter bei Bauchhöhlenoperationen. Zentralbl. f. Gynaekol. **37,** S. 462—463. 1913.

Das Instrument, das bei Jodlowski und Krug in Warschau zu haben ist, besteht aus einer Kocherklemme, an deren einer Branche aufrecht ein großer Haken, nach Art eines Uhrenkarabinerhakens, angebracht ist. Die mit Ösen armierten Bänder der Servietten werden in diesen Haken eingehakt und zeigen die Zahl der verwendeten Servietten an, wobei eventuell von ihrem Band abgeschnittene Servietten sich durch das Vorhandensein der Bandöse als fehlend dokumentieren. *Neumann* (Heidelberg).

Decker, Über eine praktische künstliche Afterbandage und Mastdarmvorfallbandage. (*Deckers Sanat. f. Magen-, Darm- u. Zuckerkranke, München.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 700. 1913.

Beschreibung einer Afterbandage, die sich, abgesehen von größerer Billigkeit, von den bisher gebräuchlichen dadurch unterscheidet, daß die Pelotte derselben drehbar ist und aus einem aufblasbaren Gummikissen besteht, das sich dem After besser anschmiegt. Weiter Beschreibung einer Mastdarmvorfallbandage, die eine bedeutend schmälere Pelotte als die sonst gebräuchlichen hat und deshalb besseren Schluß und weniger Beschwerden machen soll. Beide Bandagen sind durch die Firma Katsch, München, zu beziehen. *Neumann* (Heidelberg).

Radiologie:

Wettendorff, H., La cure hélio-marine. (Die Sonnenkur an der See.) Journal méd. de Bruxelles **18**, S. 75—82. 1913.

Wettendorff hält die belgischen Seebäder für Sonnenkuren gegen chirurgische Tuberkulose für sehr geeignet. Die Kuren sollen so nahe wie möglich am Strande ausgeführt werden, da dort die Wirkung der Sonnenstrahlen am intensivsten ist. Zuerst wird mit Lokalbädern begonnen 2 bis 3 mal 15 Minuten am Tag. Die Tage mit geringer Feuchtigkeit der Atmosphäre müssen gut ausgenutzt werden. Die Dauer des Lokalbades kann bis 2 × 2 Stunden pro Tag und mehr erhöht werden. Wirksamer noch sind die Vollsonnenbäder, bei denen allmählich die längere Einwirkung von Temperaturen bis 45° gut vertragen wird. Die Resultate sind parallel der Schnelligkeit, mit der sich die Haut bräunt. Es folgen die Krankengeschichten von 7 günstig beeinflußten Fällen von chirurgischer Tuberkulose. Neben der Sonnentherapie spielen die Luftkur sowie warme Seebäder eine wesentliche Rolle bei dem Heilungsprozeß. *Schlesinger* (Berlin).

Deutsch, Joseph, Zur Behandlung der chronischen Röntgenulcerationen. Arch. f. physikal. Med. u. med. Techn. Bd. **7**, H. 3, S. 179—181. 1913.

Bei 36jähriger Frau, bei welcher nach Röntgenbehandlung wegen Ekzem auf beiden Handrücken große atonische jauchende Geschwüre entstanden waren, wurde nach erfolglosen anderweitigen Versuchen folgende Therapie eingeschlagen: Austrocknung mit Heißluftdusche, dann dünne Schicht eines Pulvers aus Glutol (präparierte Formalingelatine) und Schleichschem Serumpulver, dann Rotlichtbehandlung 15 Minuten lang; das Ganze mehrmals wiederholt. Zunächst große Schmerzen, Eiterung, nach mehreren Monaten vollständige Überhäutung; auf den Narben trat wieder das alte Ekzem auf. *Grashey* (München).

Sticker, Anton, Die Anwendung des Radiums in der Chirurgie. Arch. f. physikal. Med. u. med. Techn. Bd. **7**, H. 3, S. 182—185. 1913.

Die Radiumwirkung ist verschieden von der der Röntgenstrahlen; schwache Präparate verursachen bei kurzdauernder Anwendung starke entzündliche Reizung der Gewebe, welche bei Geschwülsten zuerst das Stützgewebe ergreift, nach einiger Zeit aber die Geschwulstzellen deutlich schädigt; starke Präparate üben bei längerer Einwirkung von vornherein eine zerstörende Wirkung auf die Geschwulstzellen. Operable Neubildungen konnten bei notwendigem Aufschub der Operation operabel gehalten, manche inoperable Fälle operabel gemacht werden, vorgeschrittene inoperable Neubildungen wurden durch teilweise Wachstumshemmung vorübergehend gebessert. Bei Schleimhautkrebs bewährten sich Radiumkarbenzympräparate: auch Kombination von Radiumstrahlung mit unipolarer Elektrizität kommt in Betracht. Flache Hautkrebse sind besonders dankbare Objekte für Radiumtherapie, auch Lupus erythematodes, Naevi, Hautwarzen werden schmerzlos und mit schöner Narbe geheilt, multiple Lymphome schwanden rasch. *Grashey* (München).

Lillo, G. de, Il radium nelle sue nuove applicazioni terapeutiche (Le emanazioni). Rivista sintetica. (Das Radium in seinen neuen therapeutischen Anwendungsformen [die Emanation].) Policlin., Sez. prat. **20**, S. 189—194 u. 229—232. 1913.

Bergonié, J., La diathermie ration d'appoint. (Die Diathermie als Wärmezuschußration.) Arch. d'électr. méd. exp. et clin. **21**, S. 193—205. 1913.

Die Schilderung der Technik und der Apparate zur Diathermie bringt nichts Neues. Die Hauptindikation für die letztere sieht Verf. in der Bekämpfung der Hypothermie, des Auftretens unternormaler Temperaturen, wie wir sie bei Marasmus und Inanition infolge innerer Krebsleiden, nach Narkosen besonders mit vorausgehenden Hungerperioden, bei großen Blutungen, nach schweren Traumen des Nervensystems, bei schweren Verbrennungen und Vergiftungen, und schließlich als normale Erscheinung des Greisenalters sehen. Experimentelle Untersuchungen und Beobachtungen haben Verf. ergeben, daß bei Anwendung der Diathermie der Blutdruck steigt, daß der Respirationsstoffwechsel sich ändert, indem weniger Sauerstoff eingeatmet und weniger Kohlensäure ausgeschieden wird. Die Körpertemperatur konnte man bei Anwendung von Dosen bis 1800 Milliampere wesentlich steigern, so daß sich Verf. einen Erfolg

von der Therapie verspricht bei der Erzeugung künstlichen Fiebers oder bei Unterstützung des reaktiven Fiebers des Körpers im Kampf mit Infektionskrankheiten.
Hoffmann (Dresden).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Morelle, A., Cas d'épithéliome profond préauriculaire. (Fall eines tiefen präaurikulären Epithelioms.) Ann. de l'inst. chirurg. de Bruxelles Jg. **20,** Nr. 4, S. 74—76. 1913.

Schmieden, Ersatzmethode der Wangenschleimhaut. (Hufeland. Ges., Sitz. 31. II. 1913.) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 564. 1913.

Demonstration eines Falles, bei dem zur Deckung eines durch Carcinomexstirpation bedingten fünfmarkstückgroßen Wangenschleimhautdefektes ein Stiellappen aus dem Oberarm mit der cutanen Fläche nach der Mundhöhle eingepflanzt worden war. Nach 11 Tagen wurde die Durchtrennung des Stieles vorgenommen. Das Resultat war befriedigend.
v. Tappeiner (Greifswald).

Lefèvre, H., Sur l'autoplastie de la région génienne. Étude expérimentale. (Über Autoplastik der Wangengegend. Experimentelle Studie.) Arch. gén. de chirurg. **7,** S. 148—167. 1913.

Verf. hat in 6 Versuchen an Hunden die sekundäre Überhäutung der blutigen, gegen die Mundhöhle eingeschlagenen Innenfläche gestielter zum Ersatze von Wangendefekten eingedeckter Lappen histologisch genauer verfolgt. Die Überhäutung ging bei den Versuchstieren sehr rasch vor sich, um so rascher, je spannungsloser der Lappen liegt, je sicherer die Blutung steht, je genauer die Schleimhautränder an der Wundseite des Lappens angenäht sind. Die Aussaat kleiner Schleimhautstückchen auf die Wundfläche im Sinne der alten Reverdinschen Technik beschleunigt die Epithelialisierung. Das neugebildete Epithel ist genügend dick und widerstandsfähig, das neue Wangensegel allerdings weniger geschmeidig und nicht contractil. Am Menschen hat Chavannez mit dieser zu Unrecht in Mißkredit gekommenen Methode in zwei Fällen ausgezeichnete Erfolge erzielt. *Henschen* (Zürich).

Simons, A., Über die Härtelsche Injektionsbehandlung des Ganglion Gasseri bei der Quintusneuralgie. (*Chirurg. Klin. u. Poliklin f. Nervenkr., Berlin.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Orig. **14,** S. 483—501. 1913.

Die Beobachtung einer Reihe von Injektionen von Novocain ins Gassersche Ganglion ließen Simon feststellen, daß die Anästhesie etwas über die Mitte hinausgeht, daß aber nie die Gegend der Ohrmuschel, der lateralen Schläfe, seitlichen Wange, Parotis sicher auf diesem Wege unempfindlich zu machen ist. — Interessant ist, daß die Anästhesiegrenzen bei der Novocaininjektion etwas weitere sind als bei der Ganglionexstirpation. Sympathicuslähmung, Abducenz- oder Kaumuskelparesen können eintreten. Ebenso Meningismus: Schlafsucht, Erbrechen. Diese lassen sich durch gewisse Vorsichtsmaßregeln hintanhalten. — Bei den mit Alkoholinjektionen behandelten Trigenimusneuralgien trat absolute Anästhesie ein, die zum Teil nach 4 Wochen schon verschwand, teilweise aber auch nach 5 Monaten noch bestand. So kann man also aus einer auch einige Wochen nach Injektion vorhandenen Anästhesie auf eine Zerstörung des Ganglions noch nicht sicher schließen. Daß diese auf chemischem Wege radikal gelingt, zeigt ein Fall; während andre auf eine Zerstörung schließen lassen, die einer partiellen Resektion gleichkommt. Augenstörungen — Ulcera usw. — sind in größerer Zahl aufgetreten und finden ihre Ursache außer in der ambulanten Behandlung noch in einem durch die Alkoholinjektion hervorgerufenen Reizungszustand der noch lebenden Teile des Ganglions. — S. sieht den Beweis hierfür im Auftreten des Herpes nach den Alkoholinjektionen, der ausgedehnter war als der nach Novacainanästhesie. — Herpes wurde

nach Ganglionexstirpation nie beobachtet. — In den Corneastörungen, die nach Exstirpation hintangehalten werden können, liegt zur Zeit noch ein Nachteil der Injektion. Sie würden vermieden werden können, wenn es gelänge, das Ganglion mit einem Schlage chemisch zu zerstören. *Ernst Schultze* (Berlin).

Cates, Benjamin Brabson, A new method of dealing with the peripheral branches of the fifth cranial nerve in tic douloureux. (Eine neue Behandlungsmethode der peripheren Äste des Trigeminus beim Tic douloureux.) Boston med. a. surg. journal **168,** S. 384—385. 1913.

Cates schlägt in Anbetracht der Rezidive nach Resektion der peripheren Äste bei Trigeminusneuralgie vor, die proximalen Stümpfe der herausgedrehten Äste nach Hindurchziehen unter den Muskeln resp. subcutanem Gewebe mit der Haut oder Unterhaut zu vernähen und glaubt auf diese Weise die Wiedervereinigung der Nerven zu verhüten. *Ernst Schultze* (Berlin).

Harris, Wilfred, Hyoscine-morphia anaesthesia for alcohol injection in neuralgia. (Hyoscinmorphiumanästhesie bei Alkoholinjektionen wegen Neuralgie.) Lancet **184,** S. 881—882. 1913.

Um die Schlösserschen Alkoholeinspritzungen an die Austrittsstellen der Trigeminusäste bei empfindlichen Kranken schmerzlos zu gestalten, hat Harris früher die Chloroformnarkose angewendet. Er bevorzugt jetzt aber eine 20 Minuten vorher verabreichte Morphium-Hyoscineinspritzung, weil man dabei durch die Angaben der Kranken über ausstrahlende Schmerzen einen Anhaltspunkt dafür behält, daß die Nadel den Nervenstamm berührt hat, und weil man durch entsprechende Gefühlsprüfungen sich während der langsam vorzunehmenden Alkoholeinspritzung selbst darüber unterrichten kann, ob die Einspritzung wirksam ist. *M. v. Brunn* (Tübingen).

Hirnhäute, Gehirn:

Voisin, Roger, et Henri Stévenin, La méningite à pneumocoques. (Die Pneumokokkenmeningitis.) Gaz. des hôp. **86,** S. 5—11 u. 53—60. 1913.

Dank der allgemeinen Einführung der Lumbalpunktion und der Verfeinerung der bakteriologischen Technik ist es bekannt, daß der Erreger der eitrigen Cerebrospinalmeningitis sehr häufig der Pneumokokkus ist. Hierher gehören nicht nur im Verlauf der Pneumonie auftretende oder metastatisch von einer Eiterung, sei es der Nachbarschaft (Auge, Ohr, Nase und ihre Nebenhöhlen [z. B. nach Traumen]), sei es entfernter liegender Organe (Appendix, puerperale Genitalien) ausgehende, sondern auch ein großer Prozentsatz der primären Meningitiden. In Form eines Sammelreferates stellen die Verff. alles über die durch Pneumokokken verursachten Meningitiden Bekannte zusammen. Es mag hier hervorgehoben werden, daß dieselben sich von den durch andere Eiterungen verursachten Formen der Meningitis durch ihren außerordentlich raschen und schweren Verlauf auszeichnen. In den Allgemeinsymptomen (Gestalt der Fieberkurve, Dauer der Erkrankung, Auftreten von Herpes) weisen sie große Ähnlichkeit mit der genuinen Pneumonie auf. Bei der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis fällt der hohe Eiweiß- und Fibringehalt und der im Verhältnis zu der Bakterienmenge geringe Zellgehalt auf. *Jung* (Straßburg).

Ferreri, Gherardo, Le fond de l'œil dans les complications intracraniennes otitiques. (Der Augenhintergrund bei intrakraniellen otitischen Komplikationen.) Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **35,** S. 8—28. 1913.

In der Arbeit, die sehr detaillierte Angaben über die Augenhintergrundsveränderungen im allgemeinen, insbesondere über den Unterschied zwischen Stauungspapille und Neuritis optica enthält, sowie auch die diesbezügliche bisherige Literatur berücksichtigt, ist im wesentlichen das Ergebnis der 40 einschlägigen Beobachtungen des Verf. von Interesse: Das Vorhandensein einer Staaungspapille oder einer Neuritis optica läßt für sich allein weder diagnostische noch prognostische Schlüsse zu. Ganz im allgemeinen kann man annehmen, daß die mechanisch bedingte Stauungspapille auf Eiterung an der Basis oder auf Sinusthrombose zurückzuführen ist, während Hirnabscesse eher zu einer Neuritis optica führen. Eine Augenhintergrundsveränderung verbunden mit Protusio bulbi und Ptosis spricht mit Sicherheit für eine Thrombophlebitis des Sinus cavernosus. *Ströbel* (Erlangen).

Corin, G., Les hémorrhagies cérébrales traumatiques. (Die traumatischen Hirnblutungen.) (*Inst. de méd. lég., univ., Liège.*) Arch. internat. de méd. lég. **4,** S. 3—25. 1913.

Die gerichtsärztliche Beurteilung eines allfälligen traumatischen Ursprunges von Blu-

tungen der Hirnsubstanz ist nicht leicht, wie Verf. in zwei ausführlich mitgeteilten Protokollen darlegt. In dem einen Falle war die Blutung etwa $^1/_2$ Tag nach einer Verletzung eingetreten; die erst 14 Tage nach dem Tode vorgenommene gründliche Sektion ließ noch, nachdem zwei von anderer Seite gemachte unzulängliche Sektionen den Kadaver arg verschnitten hinterlassen hatten, eine stumpfe Schädelverletzung nachweisen, welche jedoch Knochen und Hirnhäute unversehrt gelassen hatte; es bestand eine einseitige von den Stammganglien ausgegangene Hirnkammerblutung, Gefäßveränderungen fehlten; die tiefe Lokalisation und der Ausgangspunkt der Blutung von dem klassischen Orte der spontanen Hirnblutungen erachtet Verf. als Beweise gegen einen traumatischen Ursprung. Auch in dem zweiten, eine 58jährige Trinkerin betreffenden Fall lag kein ursächlicher Zusammenhang zwischen der nicht schweren stumpfen Schädelverletzung und der bei der Sektion gefundenen Kleinhirnblutung vor.

Henschen (Zürich).

Howell, C. M. Hinds, Case of Jacksonian epilepsy. (Ein Fall von Jackson-Epilepsie.) Proceed. of the r. soc. of med., London **6**, Neurol. sect. S 78—79. 1913.

Typische Jackson-Epilepsie verursacht durch den Schlag eines Cricketballes auf die linke Schläfe. Anfälle ohne Verlust des Bewußtseins. Bei der am 9. Tage nach dem Unfall erfolgten Operation fand sich Depressionsfraktur der linken Schläfenbeinschuppe mit mäßigem extraduralem Hämatom. Am Gehirne keine Veränderung. Patient ist 6 Monate frei von Anfällen, nachher Wiederauftreten der Krampfanfälle mit Verlust des Bewußtseins. *Holzwarth.*

Margulis, M. S., Die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Cysticerken des Großhirns. (*Alt-Ekatherinen-Krankenh., Moskau.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **46**, S. 1—19. 1913.

3 eigene Fälle. Der Cysticercus ruft im Großhirn eine Bildung von Granulationsgewebe hervor, das in Bindegewebe übergeht und seine Kapsel bildet. In der Peripherie trägt hyperplastisches Gliagewebe zu deren Festigung bei. Eine Ependymitis granularis wurde nicht gefunden. *Zieglwallner* (München).

Babitzky, P., Zur Chirurgie der Hirntumoren. — Ein Fall von subcorticalem Endotheliom. (*Chirurg. Abt. d. Alexanderkrankenh., Kijew.*) Chirurgitschesci Archiv Weljaminowa **29**, S. 89—120. 1913. (Russisch.)

Verf. beobachtete folgenden Fall: 24jähriger Arbeiter mit Krampfanfällen ohne Bewußtseinsverlust. Herabsetzung des Seh- und Hörvermögens. Gehbeschwerden. Dauer der Beschwerden 3 Jahre. Babinsky links positiv. Beiderseits Stauungspapille, besonders rechts. Zweizeitige Operation in Chloroformnarkose. Lappenschnitt nach Krause. Schnitt parallel dem Sulcus Rolandi. In der Tiefe Palpation eines fibrösen Tumors und Exstirpation desselben. Heilung. Nach 7 Monaten noch gesund. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein von der Pia ausgehendes Endotheliom handelte, welches in der weißen Hirnsubstanz lag.

Hesse (St. Petersburg).

Hall, George, and H. Brunton Angus, Case of subcortical cerebral tumour, tuberculous in nature, removed by operation; recovery. (Fall von operativ entferntem subcorticalem Hirntumor tuberkulöser Natur, Heilung.) Lancet **184**, S. 678—679. 1913.

Kasuistische Mitteilung eines unter der Rinde der motorischen Gegend gelegenen gut abgekapselten Tuberkuloms, welches sich im Laufe von $^3/_4$ Jahren klinisch bemerkbar gemacht, in linksseitigem Kopfschmerz, erst kleinen umschriebenen Anfällen im rechten Bein, später in halbseitigen mit Bewußtlosigkeit verknüpften epileptiformen Anfällen geäußert und sich erst späterhin mit einer Neuritis optica verbunden hatte. Entfernung des Tumors mit glücklichem Endausgang durch dreizeitige Operation, da eine starke Blutung aus dem Längsblutleiter seine Ausschälung schon während des zweiten Operationsaktes unmöglich gemacht hatte. *Henschen* (Zürich).

Randolph, B. M., Sarcoma of left frontal lobe of brain. Without definite symptoms until shortly before death. (Sarkom des linken Stirnlappens des Gehirns; Mangel bestimmter Symptome bis kurz vor dem Tode.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 30—32. 1913.

Der Fall betrifft eine 65jährige ledige Dame aus unbelasteter Familie, die nach kurz dauernden indifferenten prämonitorischen Symptomen innerhalb von kaum 14 Tagen unter Erscheinungen von seiten des linken Stirnlappens unter dem Bilde zentraler Lähmung verstarb. Die Autopsie bestätigte die Vermutung des Sitzes der Läsion im linken Stirnhirn in Gestalt eines hühnereigroßen Rundzellensarkoms. Verf. hebt folgende Punkte als besonders bemerkenswert hervor: 1. Die rapide Entwicklung der klinischen Symptome muß nicht unbedingt gegen die Diagnose Tumor sprechen, da sich ein solcher lange unbemerkt

entwickeln und erst bei rascherem (besonders infiltrierendem) Wachstum plötzlich klinisch bemerkbar machen kann. 2. Eine Operation wäre mangels jeglicher Hirndruckerscheinungen nie rätlich und hier gewiß nicht erfolgreich gewesen. 3. Die Entstehung einer Hemiplegie ante exitum ist am ehesten durch akute Schwellung erklärbar, wenn nicht etwa ganz unbekannte Veranlassungen dafür vorlagen. 4. Beachtenswert erscheint das mehrmalige Nasenbluten in der Anamnese. 5. Die eigentliche Todesursache bleibt ungeklärt. *v. Saar* (Innsbruck).

Margulis, M. S., Über ependymäre Gliomatose der Hirnventrikel. (*Alt-Ekatherina-Krankenh., Moskau.*) Arch. f. Psychiatr. **50,** S. 788—844. 1913.

An dem Material von 7 Fällen werden Untersuchungen angestellt über die Gliosen des Gehirns, besonders über gliöse Proliferationsprozesse, die vom Ependym der Hirnventrikel ausgehen. Das pathologische Bild war in allen Fällen gleich, das klinische jedoch verschieden. Der Prozeß war diffus über das ganze Großhirn verbreitet, besonders ausgeprägt jedoch in der Rinde und im Nucleus caudatus und lenticularis. Die Verschiedenheit des klinischen Bildes läßt sich nur so erklären, daß der Krankheitsprozeß zwar auf die ganze Hirnmasse einwirkte, aber an einzelnen Stellen besonders stark ausgebildet war. Als Symptome traten Lähmungserscheinungen, motorische Reize, epileptische Anfälle und progressiver Schwachsinn auf. Pathologisch-anatomisch stand sich Hyperplasie des Ventrikelependyms und gliomatöser Wucherung hauptsächlich in den Wänden der Seitenventrikel und im Nucleus candatus. In der Rinde kam es zu bedeutender Vermehrung des Gliagewebes. Die ependymäre Gliomatose fand sich auch bei anderen gliösen Prozessen im Gehirn. Die Blutgefäßwände wurden unverändert gefunden. Die Genese der ependymären Gliomatose kann infektiöser oder toxischer Natur sein. *Stadler* (Leipzig).

Sztanojevits, L. L., Beitrag zur Kenntnis der Wernickeschen Tastlähmung nach einer Hirnschußverletzung. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Wien.*) Med. Klin. **9,** S. 463. 1913.

Tastlähmung mit geringfügiger teilweiser Hypästhesie der Finger der rechten Hand. Die Ursache dieser Funktionsstörung war eine durch ein Projektil hervorgerufene Läsion des linken Gyrus supra marginalis. Das Auffallende ist die Tatsache, daß die Tastlähmung neben den oben erwähnten geringgradigen Störungen der Empfindungsqualitäten auftritt. Ähnliche Fälle sind bisher nur bei Hirntumoren und Dementia paralytica beobachtet. *Coste* (Magdeburg).

Rothmann, Max, Zur Kleinhirnlokalisation. (*Charité, Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 336—339. 1913.

Rothmann konnte in früheren Versuchen zeigen, daß beim Hund im Lobus quadrangularis des Kleinhirns ein Zentrum für die vordere Extremität der gleichen Seite und im Lobus semilunaris ein Zentrum für die hintere Extremität nachweisbar ist. In weiteren Versuchen ist es ihm gelungen, eine weitergehende Lokalisation im Gebiete dieser Extremitätenregionen der Kleinhirnrinde beim Hunde nachzuweisen. Durch Exstirpation einzelner Abschnitte des Lobus quadrangularis gelang es, Ausfallserscheinungen zu erzeugen, welche sich in einer Verstellbarkeit des gleichseitigen Vorderbeines nach außen bzw. innen, in eine Neigung zur Hebung bzw. Senkung des Beines je nach der Lage des exstirpierten Rindengebietes dokumentierten. Analoge Resultate konnten für das Hinterbein des Hundes durch Exstirpation der Rinde des Lobus semilunaris superior festgestellt werden. Die einzelnen Ausfallserscheinungen lassen sich an ein und demselben Tier beliebig kombinieren. Diese am Tier gemachten Befunde stehen in Übereinstimmung mit den Untersuchungen Baranys über die Beziehungen des Vestibularapparates zu den Kleinhirnfunktionen am Menschen. *Ranzi* (Wien).

Wersilow, W., Zur Frage über die sog. „serösen“ Cysten des Kleinhirns. (*Nervenklin., Univ., Moskau.*) Neurol. Zentralbl. **32,** S. 350—356. 1913.

Wersilow berichtet über eine seröse Cyste in der rechten Kleinhirnhemisphäre einer 24jährigen Bäuerin. Die Patientin litt seit 2 Jahren an Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen, wozu sich später Abnahme des Gesichtsvermögens und Gangstörungen gesellten. Der Tod erfolgte schließlich unter epileptiformen Anfällen mit klonischen Zuckungen in den

rechten Extremitäten. Die Differenzierung der Cysten von Tumoren ist schwer. Entscheidend könnte eine Probepunktion sein. Besonders hervorzuheben sind folgende Tatsachen: Kleinhirncysten findet man hauptsächlich zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr; die Dauer der Krankheit ist meist nur ein Jahr, die allgemeinen Hirnsymptome (Kopfschmerzen, Erbrechen, Stauungspapille und cerebellare Ataxie) sind von Anfang der Krankheit an gleich vorhanden und treten deutlich hervor. Im vorliegenden Falle ergab die pathologisch- anatomische Untersuchung eine Cyste in der rechten Kleinhirnhälfte mit einem wandständigen kleinen Tumor. Außerdem fanden sich gleichartige Tumoren auf der Höhe der 5. und 6. Cervicalsegmente, dem 1. Brustsegment und 2. und 3. Lendensegmenten. Am 6. Cervicalsegment war gleichfalls eine kleine Cyste vorhanden. Die Wand der Cysten bestand aus sklerosierter Neuroglia, die Tumoren setzten sich aus Capillaren mit Venengeflechten und eingelagerten Gliazellen zusammen. Die Frage, ob es sich im beobachteten Falle um Erweichung von Tumoren (Gliomen) handeln könnte, verneint Verf., obwohl er den ganzen Prozeß für einen syringomyelitischen bezeichnen möchte. *Schmitz* (Leipzig).

Laureati, Francesco, Osservazione clinica sopra un caso di tumore del cervello. (Klinische Beobachtung eines Falles von Kleinhirntumor.) (*Osp. civ. di Sanseverino-Marche.*) Policlin., Sez. prat. **20,** S. 199—203. 1913.

45jähriger Mann, der an einem Tumor zugrunde ging, dessen Sitz in der Nachbarschaft des linken Schenkels der inneren Kapsel lokalisiert wurde. Bei der Sektion zeigt sich starke Stauung in den Gefäßen der Dura Mater. Pia und Hirnoberfläche zeigen nichts Besonderes. Der Tumor, im hinteren Teil des rechten Ventrikels sichtbar, ist von Hühnereigröße, höckeriger Oberfläche und von kleinen, stark gefüllten Gefäßen durchsetzt. Er bedeckt teilweise den Linsenkern, und nimmt den ganzen hinteren Teil der inneren Kapsel ein. Es handelt sich um ein Gliosarkom, wie schon im Leben vermutet war. Laureati gibt eine genaue Krankengeschichte und Epikrise. *Wohlauer* (Charlottenburg).

Hypophyse:

Fühner, Hermann, Über die isolierten wirksamen Substanzen der Hypophyse. (*Pharmakol. Inst., Univ. Freiburg i. B., wiss. Laborat. d. Farbw. vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 491—493. 1913.

Fühner ist es gelungen, aus dem Infundibularteil der Hypophyse eine chemisch reine, krystallisierte Substanz von stets gleicher Zusammensetzung darzustellen, die als schwefelsaures Salz unter dem Namen „Hypophysin" in den Handel kommt in Form einer sterilen 1‰igen wässrigen Lösung (1 mg entspricht 1 ccm eines guten Extraktes). Dasselbe besteht aus 4 wirksamen Bestandteilen, die in ihrer Gesamtheit die typische Wirkung der Hypophysenextrakte auf Gebärmutter, Blutdruck und Atmung aufweisen, und sich gegenüber anderen wehenerregenden Mitteln durch geringe Giftigkeit auszeichnen. *Tölken* (Zwickau).

Auge:

Velter, E., Signe d'Argyll-Robertson unilatéral par traumatisme orbitaire. (Argyll-Robertsonsches Phänomen infolge von Trauma der Orbita.) Arch. d'ophtalmol. **33,** S. 120—124. 1913.

Die reflektorische Pupillenstarre findet sich im allgemeinen nur bei syphilitischen Erkrankungen. Einige Fälle im Anschluß an Schädeltraumen sind beschrieben worden; in einem einzigen bis jetzt publizierten Falle war das Phänomen einseitig nach einer Verletzung der Orbita aufgetreten. Verf. beobachtete einen analogen Fall, Ursache war eine Schußverletzung, die vermutlich das Ganglion ciliare verletzt hatte. *Ströbel* (Erlangen).

Terson, A., Autokératoplastie dans l'opération du ptérygion, ses indications. (Autokeratoplastik in der Operation des Pterygiums, seine Indikationen.) Arch. d'ophtalmol. **33,** S. 145—147. 1913.

Terson bringt einige Ergänzungen zu seiner Veröffentlichung über dasselbe Thema in den Archives d'ophthalmologie, März 1911. Er empfiehlt zunächst die Nähte nicht nur durch die Bindehaut allein zu legen, sondern etwas episclerales Gewebe mit zu fassen. Seither hat Lopez (Mexiko) das Verfahren so verbessert, daß er eine rhomboidale Excision vornahm und die Naht in den vom Oberlid geschützten Teil des Auges verlegte. T. excidiert ein rechteckiges Stück und deckt mit ähnlich gestaltetem Lappen. Er begnügt sich ferner bei stärkerer sehniger Ausbildung des Hornhautteiles des Pterygiums nicht mit einfacher Abkratzung bzw. Kantersierung der Hornhaut im Lidspaltenbereich, sondern deckt den durch die Abtragung der Geschwulst auf der Hornhaut entstandenen Defekt mit einem derselben cornea entnommenen dünnen Lappen. Dieser heilte gut an und auch dort, wo er hergenommen ist, entsteht keine stärkere Trübung. *Meisner* (Berlin).

Morelle, A., Epithéliome de l'angle des paupières. Extirpation et plastique. (Epitheliom des Winkels der Augenlider. Exstirpation und Plastik.) Ann. de l'inst. chirurg. de Bruxelles Jg. **20,** Nr. 4, S. 71—74. 1913.

Astruc, Un nouveau procédé pour la cure chirurgicale du strabisme. La myotomie partielle. (Ein neues Verfahren in der chirurgischen Behandlung des Schielens. Die partielle Myotomie.) Clin. ophthalmol. **19,** S. 134 bis 145. 1913.

Sowohl bei paralytischem wie bei konkomittierendem Schielen greift Astruc an dem Muskel an, der einen Übereffekt hat. Er hält eine Vorlagerung des Antagonisten für weniger wirksam, da dieser eben an sich schon schwach ist und so jede Operation auch nur einen relativ schwachen Effekt habe. Er verlängert und schwächt den stärkeren: dieser wird frei gelegt, etwaige seitliche Versteckungszüge zur Sklera durchtrennt, die Hauptinsektion wird nicht abgeschnitten, also nicht tenotomiert. Dann nimmt er den Muskel auf den Schielhaken und durchtrennt senkrecht zur Längsrichtung die unteren Dreiviertel des Muskels vor die oberen Dreiviertel hinter dem Schielhaken. Sodann wird die Bindehaut darüber genäht. *Meisner* (Berlin).

Sulzer et Rochon-Duvigneaud, Néoplasme du nerf optique et de la papille. (Geschwulst des Sehnerven und der Papille.) Ann. d'oculist. **149, S. 161** bis 166. 1913.

Barraquer, J. A., Sur l'opération d'Elliot. (Über die Elliotsche Operation.) Clin. ophthalmol. **19,** S. 129—134. 1913.

Eine dauernd filtrierende Narbe in der Bulbuskapsel zu schaffen, ist der Glaukomtherapie noch nicht gelungen, wenn man von den Fällen absieht, wo — gegen den Willen des Operateurs, — Iris oder Glaskörper vorfien und subconjunctival einheilten. Eine subconjunctivale Fistel erstreben die neuesten Glaukomoperationen, die Sklerektomie nach Lagrange und die Skleraltrepanation nach Elliot. Barraquer studierte die letztgenannte an Leichenaugen. Seine Art des Vorgehens unterscheidet sich nicht von der allgemein geübten. Er empfiehlt, das Trepanloch möglichst weit corneal zu legen, um Verletzungen und Vorfall von Chorioidea oder Glaskörper zu vermeiden. *Meisner* (Berlin).

Haudek, Martin, Über den Nachweis und die Lokalisation schwerer Fremdkörper im Auge mittels der Röntgenstrahlen. (*Allg. Krankenh., Wien.*) Zeitschr. f. Augenheilk. **29,** S. 231—338. 1913.

Verf. untersucht im Holzknechtschen Institut jährlich etwa 100 (!) Augenfälle. darunter etwa 39 mit positivem Röntgenbefund. Der erste Teil der Untersuchung, seitliche Doppelplatte 13·18, ergibt, ob ein spezifisch schwerer Fremdkörper da ist, ob er im Bereich der Orbita oder des Bulbus liegt und wie groß er ist. In 1% wurde das negative Röntgenresultat durch positiven Operationsbefund widerlegt. Als Hauptursache dafür wird mangelhafte Fixation des Blicks bei Bulbusfremdkörpern angesprochen, als Abhilfe kurzzeitige Aufnahmen (Moment!) und sorgfältig überwachte Fixation des Fixierobjekts (Lichtquelle) empfohlen. Nachweis- und lokalisierbar sind Metallsplitter bis zu nur 1 mm Durchmesser, Stein- und Glassplitter, von diesen allerdings nur die schweren bleihaltigen Sorten. Die Lokalisation erfolgt bei großen Fremdkörpern durch Einzeichnen seiner Bewegungen bei Blickbewegungen auf einer einem Durchleuchtungsschirm aufgelegten Glasplatte bei Ruhelage von Kopf und Röhre; bei kleinen Fremdkörpern durch eine Serie von 5 Bildern (Blick nach oben, unten, rechts, links, geradeaus) unter gleichen Verhältnissen. Fremdkörper, die in der Tenonschen Kapsel liegen, scheinen die gleichen Bewegungen mitmachen zu können, als ob sie in der Bulbuswand lägen. *Halben* (Berlin).

Nase:

McWilliams, Clarence A., Rhinoplasty with finger. (Plastischer Ersatz der Nase durch den Finger.) Journal of the Americ. med. assoc. **60, S. 730** bis 732. 1913.

7 schöne Photographien über den Erfolg einer durch eine Maschinenverletzung vollkommen zerstörten Nase durch den Mittelfinger. Vollkommene Entfernung des Nagels mit seinem Bett, Eröffnung des Metacarpo-phalanxalgelenks durch Längsschnitt an der Beugeseite, Ent-

fernung des Metacarpalköpfchens, Durchschneidung der Sehnen und Gelenkbänder, Lösung der Weichteile von der Grundphalanx, so daß die Ernährung des Fingers nur durch die beiden Seitengefäße stattfindet. Nach 15 Tagen Durchtrennung der einen Seite, nach 21 Tagen auch der anderen Seite des Fingers unter Lokalanästhesie; ein großer Teil der Grundphalanx später wegen Nekrose entfernt, sonst glatte Anheilung. Das Röntgenbild zeigt sehr schön den Ersatz in seiner Lage; das Mittelgelenk des ursprünglichen Fingers bildet die Nasenspitze, während die rechtwinklig abgebogene Grundphalanx den Nasensteg darstellt. *Kaerger* (Berlin).

Carter, William Wesley, A case showing restoration of the entire nose by rhinoplasty and bone transplantation. (Ein Fall von Wiederherstellung der ganzen Nase durch Rhinoplastik und Knochentransplantation.) Journal of the Americ. med. assoc. 60, S. 728—730. 1913.

An der Hand von 4 Photographien anschauliche Darstellung des plastischen Ersatzes einer durch maligne Lues vollkommen zerstörten Nase durch Einschieben eines Knochenstücks der IX. Rippe unter die Haut des Oberarms und Lappentransplantation und dem eingeheilten Knochenstück vom Arme her nach der italienischen Methode. Von der Rippe ist nur die vordere Posticalis genommen. Die Lappenbildung vom Arm geschah schon 10 Tage nach der Einsetzung des Knochenstücks; der transplantierte Lappen blieb noch 12 Tage mit dem Arm in Zusammenhang. Interessant ist, daß Verfasser statt des in Deutschland üblichen Skarifizierens des Lappens das Ansetzen von Blutegeln nach der Durchtrennung empfiehlt, um den Blutumlauf im Transplantat zu fördern und der Nekrose vorzubeugen. *Kaerger* (Berlin).

Jacques, P., Hyperostose massive diffuse du squelette nasal. (Diffuse Hyperostose des Nasenskeletts.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **34**, S. 337—341. 1913.

32jähriger Mann, bei dem ein Osteom der Kieferhöhle diagnostiziert wurde. Beginn des Leidens vor 2 Jahren. Allmählich vollkommene Verlegung der Nase. Befund: Abflachung des Gaumens, Vorwölbung der Wangen. Kiefer- und Stirnhöhle hell, Tränenträufeln. Nach Ablösung des Gesichtes wird festgestellt, daß das ganze Nasenskelett in eine knöcherne Masse verwandelt ist, die die Nasenhöhle vollkommen verlegt. Aus den Knochenmassen wurde ein Weg gemeißelt, der die Kommunikation zwischen Nase und Pharynx wieder herstellte. Keine Leontiasis ossea. Verf. vermutet einen entzündlichen Tumor, der, vom knöchernen Nasengerüst ausgehend, auf den Oberkiefer übergegriffen hat. *Frangenheim* (Leipzig).

Le Jeune, Paul, Un cas de rhinolithe. (Ein Fall von Rinolith.) Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège Jg. 52, S. 53—55. 1913.

Caminiti, Carmelo A., Un caso di endotelioma del seno mascellare. (Ein Fall von Endotheliom der Highmorshöhle.) (*Ambulat. di otorinolaringol., prof. G. Garbini.*) Gaz. degli osp. e delle clin. **34**, S. 385—386. 1913.

Beschreibung eines Angioendothelioms der rechten Highmorshöhle bei einem 14 jähr. Jungen. Durchbruch in die rechte Nasenhöhle und durch den Oberkiefer nach der Mundhöhle. Radikaloperation von den Eltern verweigert. *Naegeli* (Zürich).

Ohr:

Labouré, J., Otorrhée datant de vingt ans guérie par la chirurgie associée au vaccin de Wright. (Heilung eines 20 Jahre dauernden Ohrenlaufens durch chirurgischen Eingriff in Verbindung mit Wrightscher Vaccination.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **34**, S. 369—374. 1913.

Ausräumung des Mittelohres und der Cellulae mastoideae bei Otitis media purulenta chronica. Plastik nach der italienischen Methode. (Der Tampon wird durch den des Knorpels entkleideten äußeren Gehörgang nach außen geleitet). Nach der Operation 4 Monate hindurch fortdauernde starke Eiterung, heftige Schmerzen und zeitweise Labyrintherscheinungen. Die Autovaccination nach Wright wird 4 mal vorgenommen, bei der (3.) Injektion von 1 ccm Temperatur von 39,5 und heftige Labyrintherscheinungen, die übrigen 3, je 5—15 Tropfen, machen keine wesentlichen Reaktionserscheinungen. Danach vollkommene Heilung (Dauer bisher 5 Monate). *Bergemann* (Berlin).

Mund:

Hauptmeyer, Friedr., Über die anatomischen Veränderungen des Unterkiefers bei einigen Stellungsanomalien der Zähne unter Zugrundelegung der röntgenologischen Befunde. Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. **31**, S. 153—170. 1913.

Stellungsanomalien der Zähne finden wir besonders bei Prognathie, Progenie und dem sog. offenen Biß. Das charakteristische Zeichen bei starker Prognathie des Unterkiefers ist

die Verkürzung desselben mit starker Ausbildung der Kieferäste und rechtwinkliger Stellung derselben; während bei pathologischer Progenie der Kieferkörper verlängert ist, die Kieferäste schwach sind und in stumpfwinkliger Stellung stehen. Der offene Biß erhält sein Gepräge durch die Verkürzung, kurze und schwache Kieferäste und die stumpfe Winkelstellung derselben Diese Deformationen entstehen durch Störungen in der Kräfteverteilung, welche durch Veränderungen der Keimanlage, des Wachstums und der Widerstandsfähigkeit des Körpers hervorgerufen werden infolge von Vererbung und Krankheiten, besonders Rachitis, Tuberkulose und Lues. Auch äußere Ursachen, wie Lippenbeißen, Fingerlutschen, überhaupt Trauma jeglicher Art spielen hierbei eine Rolle. Der Knochen wächst nach dem Rouxschen Gesetz der Formenlehre, hauptsächlich nach der Richtung, in welcher er besonders beansprucht wird. Dieses Bestreben der Natur benutzt Verf. bei der Konstruktion der Regulierungsapparate für obige Stellungsanomalien der Zähne, indem er dadurch die ungleiche Kräfteverteilung — die abnorme Statik der deformierenden Kräftewirkung— wieder in normale Bahnen leitet. Den Erfolg seiner Behandlung zeigt er in einer Reihe von Röntgenbildern. *Herda* (Berlin).

Mex, P., Beobachtungen über den Zusammenhang periodontischer Erkrankungen zu Allgemeinkrankheiten, insbesondere zu den Drüsenerkrankungen der Kinder. Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. **31,** S. 192—201. 1913.

Bei den durch Caries tief zerstörten Backenzähnen der Kinder mit akuter oder chronischer Entzündung der Wurzelhaut oder bei Zähnen mit gangränöser Pulpa sind die in der Nachbarschaft liegenden Lymphdrüsen und Schleimhäute immer mit erkrankt und bilden für alle Infektionsstoffe (inkl. Tuberkelbacillen) den besten Nährboden und die Eingangspforte zum Eindringen derselben in die Blut- und Lymphbahn. Kinder mit solchen tief cariösen Zähnen leiden bei geringer Erkältung dauernd an Tonsillitiden und Anginen; auch glaubt Verf. beobachtet zu haben, daß diese Kinder besonders leicht den Kinderkrankheiten, Scharlach und Diphtherie zum Opfer fallen. Er fordert daher eine halbjährliche Untersuchung und zahlärztliche Behandlung der Kinder in der Schule, um durch gesunde Mundverhältnisse dort die Ansteckungsgefahr für Infektionskrankheiten zu verringern. Aus demselben Grunde müßte in jedem Krankenhause ein Zahnarzt fest angestellt werden. *Herda* (Berlin).

Chateau et Ponroy, Ankylose temporo-maxillaire double. (Doppelseitige Kiefergelenks-Ankylose.) Rev. de stomatol. **20,** S. 112—118. 1913.

41 jährige Frau, die seit ihrem 6. Lebensjahr nach einem Fall auf das Kinn eine doppelseitige Ankylose des Kiefergelenks hatte; trotz dieser vollständigen Ankylose und trotzdem ihr fast sämtliche Zähne fehlten, bestand doch ganz normale Sprech- und Kautätigkeit. Von Interesse ist noch das Bestehen eines Vogelgesichtes infolge der Atrophie des Unterkiefers. *Valentin* (Berlin).

Balzer, F., Belloir et Tarneaud, Mal perforant buccal tabétique. (Mal perforant im Mund bei einem Tabiker.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. **24,** S. 162—167. 1913.

Ein 50 jähriger Mann hat mit 30 Jahren sicher Syphilis durchgemacht. Seit ca. 2 Jahren zeigt er den Beginn tabischer Symptome. (Augen, Magenkrisen und schmerzloser Zahnausfall usw.). Ca 1 Jahr darnach treten am Gaumen geschwürige Prozesse auf, die beiderseits zur Perforation in den Sinus maxillaris führten. *Naegeli* (Zürich).

Chompret et Izard, Mal perforant buccal. (Mal perforant im Mund.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. **24,** S. 160—161. 1913.

Ein 39jähriger Mann hat über dem rechten oberen Schneidezahn ein 1 Fr. großes Ulcus, das schmerzlos ist und keine entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung aufweist. Wassermann ist positiv, im übrigen sind die Symptome einer Tabes oder beginnenden Paralyse vorhanden. Behandlung mit Salvarsan. *Naegeli* (Zürich).

Delmas, Jean, et Puyhaubert, Note sur la topographie du canal de Sténon. (Bemerkungen zur Topographie des Ductus stenonis.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol. **74,** S. 616—617. 1913.

Für den Verlauf des Ductus stenonis, und zwar für den außerhalb der Parotis liegenden Teil waren zwei Linien maßgebend: die eine vom Tragus des Ohres nach der Lippencommissur führend, die andere vom Ohrläppchen zum Nasenflügel. Diese zwei Linien kreuzen sich aber in ziemlichem Winkel, und es ergaben sich daraus für das Auffinden des Ganges erhebliche Schwierigkeiten. Verf. stellt nun die Untersuchungsresultate von 50 Sektionen verschiedenen Alters zusammen und kommt zu folgendem Schluß: in 35 Fällen fand sich der Gang annähernd auf einer Linie, die vom Ohrtragus nach der Lippencommissur führt; in den übrigen Fällen fiel er mit einer Verbindungslinie

zwischen Ohrläppchen und Nasenflügel zusammen. In allen untersuchten Fällen kreuzte der Ductus stenonis den vorderen Rand des Musc. masseter unter seiner Insertion am Jochbein. Man hat damit einen Anhaltspunkt, der selbst bei fetten Menschen unschwer aufzufinden ist. Schneidet man etwa 1 cm unterhalb der Masseteransatzstelle am Jochbein ein, dann wird man immer den Gang finden.

Stadler (Leipzig).

Hegler, C., Mumpsartige Erkrankungen der Zungenspeicheldrüse. (Sialoadenitis sublingualis acuta epidemica.) (*Krankenh., Eppendorf.*) Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. **1**, S. 229—233. 1913.

Diese Erkrankung, die bei 8 weiblichen Personen von 20—40 Jahren in einem Zeitraum von 4 Wochen beobachtet wurde, begann unter leichten Temperaturerhöhungen mit einer entzündlichen, schmerzhaften Anschwellung der Sublingualdrüse: Vorwölbung der Haut in der Regio mentalis und Schwellung der Plica sublingualis beiderseits am Boden der Mundhöhle. Der Speichel war stets klar, der bakteriologische Befund negativ. Die Dauer der Erkrankung betrug durchschnittlich 8—14 Tage, die Inkubationszeit wahrscheinlich nur wenige Tage. Über die Ätiologie waren keine Anhaltspunkte zu gewinnen. Die Prognose war absolut günstig, eine besondere Therapie in keinem Falle erforderlich. *Kindl* (Prag).

Harms, Heino, Über Lupus der Zunge und des Kehlkopfes. (*Pathol. Inst. Kiel.*) Zeitschr. f. Laryngol., Rinol. **5**, S. 1049—1059. 1913.

Lupus der Zunge und des Kehlkopfes sind seltene Affektionen, besonders die primären lupösen Veränderungen dieser Organe. — Am häufigsten von den Schleimhäuten ist die Nase erkrankt, dann folgen die Lippen, der Gaumen, der Tränennasengang, die Conjunctiva; erst an letzter Stelle kommen Kehlkopf und Zunge. — Nach Beschreibung der klinischen Erscheinungsformen und Verlaufseigentümlichkeiten schildert Verf. das Zungen-Kehlkopfpräparat einer 70jährigen Frau, welche einen ausgedehnten Lupus des Gesichtes besessen hatte. Bei der Sektion fand sich außer Residuen einer Pleuritis und einigen verkästen Bronchialdrüsen sonst keine Tuberkulose. — Die stark deformierte Zunge zeigt alte Narben, frischere papilläre Excrescenzen und Infiltrate, die Uvula hat kleine Substanzverluste, die Gaumenbögen sind narbig verkürzt, auch die Epiglottis ist infiltriert, narbig verändert und stellenweise mit Knötchen bedeckt. Auch die Stimmbänder und aryepiglottischen Falten zeigen derartige Veränderungen. — Farbige Abbildung des Präparates. *Brandes* (Kiel).

Klausner, E., Zungenkrebs als Folgezustand bei einem Falle von Epidermolysis bullosa (dystrophische Form). (*K. K. dermatol. Univ.-Klin., Prag.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Orig. **116**, S. 71—78. 1913.

Verf. beschreibt bei einer 25jährigen Patientin ein mit den ersten Lebenstagen einsetzendes Krankheitsbild, welches er der Epidermolysis bullosa (dystrophische Form) zurechnet, wobei sich allmählich ein Zungenkrebs entwickelte. Indem Verf., gestützt auf eine frühere Beobachtung Bettmanns die von Malinowski aufgestellte Hypothese annimmt, wonach es sich bei der Epidermolysis bullosa um eine angeborene Überempfindlichkeit der Haut handele, will er diese letztere und eine Störung in der Anlage der Haut bzw. des Epithels, die in anderen Fällen zu Schleimhautverdickungen (Adrian) oder zu Leukoplakie (Bettmann) geführt hat, in seinem Falle für die Entstehung des Zungencarcinoms verantwortlich machen. *Glass* (Charlottenburg).

Sluder, Greenfield, A method of tonsillectomy by means of the alveolar eminence of the mandible. A new guillotine and a snare. (Eine Tonsillektomiemethode mit Hilfe des „Alveolar-Vorsprungs" des Unterkiefers. Eine neue Guillotine und Schlinge.) Journal of the Americ. med. ass. **60**, S. 650—654. 1913.

Erneute Besprechung einer bereits 1910 beschriebenen Methode der Tonsillectomie mittels eines guillotineartigen Instruments, das die Tonsille aus ihrer Nische heraushebeln und unter Druck gegen einen Vorsprung des aufsteigenden Unterkieferastes abschneiden soll.

Draudt (Darmstadt).

Malan, Arnaldo, A proposito di qualche caso di emorragie gravi dopo ablazione delle tonsille palatine. (Vorschläge für den Fall schwerer Blutung nach Mandelabtragung.) (*Osp. Mauriniano Umberto I, Torino.*) Gaz. degli osp. e delle clin. **34**, S. 313—315. 1913.

Während meistens die Blutung nach Mandelabtragung gering ist, und nach 5—10 Minuten steht, kommt es gelegentlich zu starken, zur akuten Anämie führenden Blutungen.

Die Ursachen liegen entweder in dem allgemeinen Zustande des Patienten (Hämophilie, Leukämie, Arteriosklerose, Herz- und Nierenleiden) oder im abnormen Verlauf einer Arterie z. B. der maxillaris externa oder endlich in den Tonsillen selbst (entzündliche Veränderungen, Sklerose des Gewebes, Lues). Bei Frauen wird die Blutung begünstigt, wenn während der Menstruation operiert wird, ein durch zu engen Kragen zugeschnürter Hals kann ebenfalls zu starker Blutung prädisponieren. Um solche üblen Nachblutungen zu vermeiden, soll man in erster Linie Bluter nicht operieren oder sie wenigstens nach des Verf. Ansicht mit Serumeinspritzungen vorbereiten; außerdem darf die Tonsillotomie bei entzündeten Mandeln erst 3 Wochen nach Ablauf der Entzündung vorgenommen werden. Gegen die Blutung selbst wird je nach der Art des Falles vorgeschlagen: Anlegen und Liegenlassen einer Unterbindungspinzette, Kauterisation, Kompression und Tamponade der Mandel, Kompression der Carotis externa, Tamponade und Aneinanderheften der Gaumenbögen durch Michelsche Klammern, endlich als letztes Mittel die Tamponade des Pharynx. Injektion von Gelatine, Ergotin, Adrenalin sollen nebenher verwandt werden. *Herhold* (Hannover).

Meyer, Arthur, Zur Kenntnis der akuten miliaren Pharynxtuberkulose. Zeitschr. f. Laryngol., Rinol. **5**, S. 1061—1065. 1913.

Die akute miliare Tuberkulose des Rachens (Maladie d'Isambert) ist ein nicht häufiges, aber eigenes und typisches Krankheitsbild.

Verf. beobachtete dasselbe bei einem 30 jährigen Maler, bei welchem die einzelnen Teile des Pharynx mit sand- bis grieskorngroßen, grauen bis gelblichen Knötchen übersät waren. Die plötzliche Verbreitung der Tuberkulose über den Pharynx soll nicht durch Infektion von der Oberfläche, sondern durch Einbruch in eine Lymphbahn erfolgen. Als Ausgangspunkt nahm Verf. in diesem Falle latent erkrankte Rachen- und Gaumenmandeln an. — Besprechung des klinischen Krankheitsbildes und der Prognose. — Die Therapie muß als machtlos gelten. *Brandes* (Kiel).

Goris, Sur un cas de pharyngectomie guéri. (Über einen Fall geheilter Pharyngektomie.) Ann. de l'inst. chirurg. de Bruxelles **20**, S. 62—64. **1913**.

Wegen eines Carcinomrezidivs nach vor 2 Monaten erfolgter intrapharyngealer Entfernung eines Tonsillencarcinoms entfernte Goris das auf dem infratonsillaren Pharynxabschnitte und auf der Zungenbasis enstandene Rezidiv durch Phrayngektomie mit Bogenschnitt, welcher von der Mitte des Unterkiefers entlang dem unteren Rande desselben bis zum Ohre reichte. Der aufsteigende Ast des Unterkiefers wurde reseziert. 14 Tage vor der Pharyngektomie wurden die Halslymphdrüsen samt Fettgewebe entfernt und die Vena jugularis interna unterbunden. *Holzwarth* (Budapest).

Wirbelsäule:

Auer, Edward Murray, Spastic paraplegia with the cutaneous reflex of defense occurring in Pott's disease. (Spastische Paraplegie mit defensivem Hautreflex bei Malum Pottii.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 269—271. 1913.

Der gewöhnliche Typus spastischer Paraplegie ist verbunden mit spastischer Contractur der Extremitäten in Streckstellung und gesteigerten Sehnenreflexen. Babinski beschrieb 1899 einen anderen Typus mit spastischer Flexionscontractur und fehlender Steigerung, zuweilen Herabsetzung der Sehnenreflexe, aber mit einer derartigen Erhöhung der Hautreflexe, daß eine Hautreizung auf der gelähmten Seite eine lebhafte Abwehrbewegung des Gliedes mit nachfolgendem Zurückgehen in die Beugestellung hervorruft. Dieser Typus wurde beobachtet bei Meningitis sarcomatosa, multipler Sklerose, Friedreichscher Ataxie und Spondylitis. Die letzteren Beobachtungen und 2 eigene Fälle des Verfassers, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden, lehren, daß der Babinskische Typus der spastischen Paraplegie, wie schon dieser Autor betonte, oft auf einer organischen Markläsion (hier Kompression) ohne degenerative Veränderungen der Pyramidenbahnen beruht. Dies zu wissen ist für die Therapie von hoher Bedeutung, da bei fehlender Degeneration die Aussichten palliativer wie chirurgischer Behandlung weit bessere sind. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Sury, K. v., Demonstration: Traumatisches Osteom der Lendenwirbelsäule nach Hufschlag. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. **45**, Suppl.-H. 1, Verhandl. d. 8. Tag. d. dtsch. Gesellsch. f. gerichtl. Med. S. 130—133. 1913.

Bei einem jungen Mann zeigte das Röntgenbild 10 Monate nach Hufschlag auf die Lendengegend ein den oberen Lendenwirbeln seitlich aufsitzendes massiges Osteom, das wahrschein-

lich aus überschüssigem Callus nach Querfortsatzbrüchen gebildet war und nicht weiter wuchs. Empfindlichkeit gegen Druck und bei stärkerer Seitwärtsbeugung und Drehung, keine fühlbare Prominenz; 15% Dauerrente. *Grashey* (München).

Rogers, Mark H., Pathology of typhoid spine. (Pathologie der „Typhoid spine".) (*Orthop. dep. of the Massachusetts gen. hosp.*) Boston med. a. surg. journal **168,** S. 348—350. 1913.

In der Literatur sind bereits 90 Fälle einer von den Engländern und Amerikanern als „Typhoid spine" bezeichneten posttyphösen Erkrankung der Wirbelsäule beschrieben worden. Da keiner tödlich ausging, konnte die Erkrankung an der Leiche nicht studiert werden. Nur 11 Fälle sind mit Röntgenstrahlen untersucht worden. Das Leiden tritt nach Ablauf eines Typhus in der Rekonvaleszenz oder erst einige Monate später plötzlich auf und besteht in heftigen Schmerzen im Rücken, besonders bei Bewegungen, Rigidität der Wirbelsäule, Druckempfindlichkeit derselben in der Gegend des Hauptschmerzes, leichter Temperaturerhöhung. Der Zustand dauert, ohne daß es zu Lähmungen oder einer Kyphose kommt, Wochen bis Monate und geht in vollständige Genesung über. Verf. konnte bei seinen beiden Fällen mit Röntgenstrahlen kleine umschriebene Aufhellungen an der Ober- oder Unterfläche der Wirbelkörper, in der Gegend des Hauptsitzes der Schmerzen nachweisen, die er als metastatische typhöse Knochenabscesse auffaßt. Der Grund, warum nicht bei allen mit Röntgenstrahlen untersuchten Fällen Veränderungen an den Wirbeln nachweisbar waren, läge in der Schwierigkeit der Erkennung und Darstellung. Die Ursache der „Typhoid spine" ist also eine typhöse Osteomyelitis der Wirbelkörper, analog den häufiger zu findenden Lokalisationen an anderen Knochen. *Riedl* (Linz a. Donau.)

Lewy, J., Angeborene Skoliosen. (*Orthop. Univ.-Inst., Freiburg i. B.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 558—559. 1913.

Mit den Fortschritten der Röntgentechnik hat sich ergeben, daß angeborene Skoliosen keineswegs so selten sind, wie früher angenommen wurde. Drei Momente kommen für ihre Entstehung in Betracht: intrauterine Zwangshaltung, Vorhandensein von Halsrippen und Entwicklungsanomalien der Wirbelkörper. Zum größeren Teile gehören jedoch die beiden letzten Gruppen zusammen und sind auf embryonale Störungen der morphologischen Differenzierung der Wirbelsäule zurückzuführen. Keilförmige Schaltwirbel und halbseitige Synostosen zwischen dem V. Lendenwirbel und Kreuzbein sind die häufigsten Folgen. Klinisch zeichnen sich derartige Skoliosen durch scharfe Abbiegung am Sitze der Krümmung aus, was an zwei einschlägigen Beobachtungen erläutert wird. Ein operativer Eingriff kommt wegen seiner Schwere und des relativ geringen Nutzeffektes nicht in Frage. Die Behandlung ist naturgemäß ziemlich undankbar und muß sich auf die üblichen therapeutischen Maßnahmen beschränken. *Duncker* (Köln a. Rh.).

Spitzy, H., Zur Ausnützung der respiratorischen Kräfte in der Skoliosenbehandlung. (*Kinderklin., Graz.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 577—579. 1913.

Spitzy empfiehlt das Verfahren von Abbott, welches er an 14 Patienten mit fixierten Skoliosen mit „hervorragendem" Erfolg angewendet hat. Es besteht in Gypsverbänden in kyphotischer Haltung und Umkrümmung der Primärskoliose. Über der vorher abgeflachten Rippenpartie wird ein Fenster angelegt, um durch Einwirkung der Respirationskraft diese Rippenpartie zu heben. S. verstärkt diese Vortreibung ev. noch durch Einschieben von Kissen in den Verband gegen den vorderen, vorgewölbten Teil der Rippen. *Schmitz* (Eschweiler).

Pieri, Gino, La greffe aponévrotique libre dans l'opération du spina bifida. (Die freie Faszientransplantation bei der Operation der Spina bifida.) (*Clin. pédiatr., univ. de Rome.*) Ann. de méd. et chirurg. inf. **17,** S. 97—102. 1913.

Der Autor hat zwei Fälle von Spina bifida mit freier Fascientransplantation geheilt. 1. 60 Stunden altes Kind mit wahrer Rachischisis. Freie Transplantation eines Stückes von Haut, Fett und Fascie en bloc, Nekrose der Haut, Erhaltung der Fascie. Heilung. 2. 3 Monate altes

Kind mit doppelter Spina bifida, einer cervico-dorsalen und einer lumbo-sakralen. Zuerst wird die obere, dann die untere mit freier Fascientransplantation gedeckt und das Kind vollständig geheilt. *v. Saar* (Innsbruck).

Guillain et Duval, Laminectomie pour syndrome de Brown-Séquard. (Laminektomie wegen des Brown-Séquardschen Syndroms.) (Soc. de neurol., séance 6. III. 1913.) Informat des alién. et des neurol. **8,** S. 100. 1913.

Rückenmark, peripherisches, sympathisches Nervensystem:

Zalewska-Ploska, Celina, Über zwei Fälle von Zweiteilung des Rückenmarks. (*Pathol. Inst., Univ. Bern.*) Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. **55,** S. 416—458. 1913.

Diplomyelie findet sich nicht ganz selten bei verschiedenen Formen von Spina bifida, kommt aber auch allein vor.

Fall I: Zufälliger Sektionsbefund bei 50jähr. ♀, die an Hg-Vergiftung starb. Spina bifida occulta, Zweiteilung des Rückenmarks vom 2. bis 5. Lumbalsegment, Hypertrychose der Lendengegend. Die teratogenetische Endperiode dieser Störung in der Anlage der Medull.-Rinne wird auf den Schluß der 2. Woche verlegt. Fall II: 8 Monate alt ♀, Myelomeningocele subcutan. mit Zweiteilung des Rückenmarks vom unteren Brustmark bis zum Ende des Rückenmarks. Exitus am Tage der Operation durch Atemlähmung. *Zieglwallner* (München).

Carrière, Méningocèle spina bifida. Paris méd., S. 341—345. 1913.

Verf. bespricht, ohne Neues zu bringen, an Hand von 8 Abbildungen die Anatomie und Klinik der Meningocelen, deren er drei Hauptformen mit verschiedenen Unterabteilungen unterscheidet. Die Diagnose ist leicht, die Prognose ernst, die konservativen Maßnahmen sind unzuverlässig. Zu empfehlen ist die chirurgische Exstirpation unter dem Schutze strengster Asepsis. Zuletzt stellt der Autor seine Ansichten über dieses Thema in 6 Punkten zusammen. *v. Saar* (Innsbruck).

Hauptmann, Alfred, Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion. Zwanglos. Abhandl. a. d. Geb. d. Nerv.- u. Geisteskrankh. **10,** S. 1—23. 1913.

Durch die Quinckesche Lumbalpunktion sind wir in der Lage einerseits, uns über pathologische Bestandteile des Liquor cerebrospinalis zu orientieren, andererseits Untersuchungen über die Druckverhältnisse in der Schädelrückgratshöhle anzustellen. Die Lumbalpunktion soll in liegender Stellung ausgeführt werden, da die Druckverminderung dann viel weniger plötzlich vor sich geht. Die Lumbalpunktion bei hirndrucksteigernden Prozessen ist gefährlich. Todesfälle sind hierbei nicht selten; jedenfalls sollten nur wenige Kubikzentimeter abgelassen werden Wichtige diagnostische Aufschlüsse ergaben die Untersuchungen des Liquor auf morphologische, auf chemische und biologisch nachweisbare Substanzen, von den ersteren werden besonders der Nachweis von Bakterien, von Leukocyten und Lymphocyten sowie von roten Blutkörperchen in ihrer Beziehung zu einzelnen Krankheiten eingehend besprochen. *Ranzi* (Wien).

Hirsch, I., Irrigation of the spinal canal as a preliminary to the introduction of Flexners antimeningitic serum. (Irrigation des Spinalkanals als Vorbereitungsakt für die Einführung des Flexnerschen Serums gegen die epidemische Meningitis.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 828. 1913.

Der Autor läßt 30 ccm Liquor cerebro-spinalis durch Punktion ab, füllt dann wieder ebensoviel physiologischer Kochsalzlösung nach, läßt wieder ab und wiederholt diese Prozedur so oft, bis der Liquor klar abfließt; dann erst injiziert er das Flexnersche Serum. Er führt 2 Fälle an, die er mit gutem Erfolg so behandelt hat und führt die gute Wirkung dieser Methode zurück auf den direkten Kontakt des Serums mit den Kokken, die zur Phagocytose vorbereitet werden. Als angeblich harmloses Mittel wird diese Prozedur für alle Fälle von epidemischer Cerebrospinal-Meningitis empfohlen, nicht nur für die eiterigen Formen. *v. Saar* (Innsbruck).

Hals.

Allgemeines:

Frugoni, C., Studi sulla ghiandola carotidea di Luschka. (Studien über die Luschkasche Carotis.) *R. istit. di studi super., Firenze.*) Policlin., Sez. med. **20,** S. 1—12. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **1,** Seite 233.

Die Tierversuche über die Wirkung der Carotisdrüse wurden in der Weise gemacht,

daß Extrakte der vom Kalb genommenen Carotisdrüse unverdünnt in die Ohrvenen von Kaninchen eingespritzt wurden. Zur Blutdruckbestimmung wurde die Carotis der Tiere benutzt. Die kleinste tödliche endovenöse Dosis betrug bei Kaninchen von $1^1/_2$—2 kg 4—5—6 ccm des Extraktes. Nach den Einspritzungen traten nicht selten Krämpfe ein, eine ausgesprochene Leukopenie war vorhanden, und die Autopsie der verendeten Tiere zeigte eine ausgesprochene Hyperämie der inneren Organe und erweiterte Herzkammern. Das Herz pulsierte gewöhnlich noch 7—8 Minuten nach dem Tode, das Blut war dunkel und flüssig. Verf. unterscheidet allgemeine toxische Wirkungen des Carotisdrüsenextraktes und spezielle, auf das Herz und die Blutgefäße wirkende. Die ersteren ähneln den Wirkungen der aus der Hypophysis, der Nebenniere, den Lungen usw. gewonnenen Extrakten. Die endovenöse tödliche Dosis kann durch Gewöhnung, d. h. durch vorhergehende endovenöse Einspritzungen kleiner Dosen in die Höhe gebracht werden, vorhergegangene intraperitoneale Injektionen erhöhen aber die letale endovenöse Dosis nicht. Die Herstellung der Extrakte und die Tierversuche selbst werden geschildert. *Herhold* (Hannover).

Bunde, G., Über einen Fall von medianer Halsfistel. (*Städt. Krankenh., Potsdam.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 545—546. 1913.

In einem Falle von medianer Halsfistel bei einem 12jährigen Mädchen ergab die Operation, daß der in der Mittellinie des Halses dicht oberhalb der Prominentia laryngea gelegene Fistelgang sich in 8 mm Tiefe in 2 derbe Stränge teilte, von denen der eine am oberen Zungenbeinrand endigte, der andere vor dem Schild- und Ringknorpel nach abwärts zog und sich im Gewebe der Schilddrüse verlor. Er war vollständig obliteriert, während der kurze Fistelgang, der sich durch sekundäre Perforation des ursprünglich offenen Ductus thyreoglossus nach der Hautoberfläche zu gebildet hatte, offen geblieben war. *de Ahna* (Potsdam).

Weber, F. Parkes, Bilateral cervical ribs with unilateral (right-sided) atrophy of hand muscles. (Beidseitige Halsrippen mit einseitiger (rechts) Atrophie der Handmuskeln.) Proceed. of the roy. soc. of med. **6,** Clin. sect. S. 52—54. 1913.

Eine 20jährige Frau bemerkt seit mehreren Jahren eine Schwäche des rechten Armes und Störungen der rechten Hand. Die Untersuchung ergibt Atrophie der Handmuskeln (elektrische Entartungsreaktion usw.). Im Röntgenbild sieht man beiderseits eine 7. Halsrippe, die palpatorisch nicht nachweisbar war. Nebenbei fand sich eine Retinitis pigmentosa *Naegeli* (Zürich).

Kehlkopf und Luftröhre:

Phillips, John, and H. O. Ruh, Angioma of the larynx, especially its relation to chronic laryngitis. With report of a case in a child nine months old, following measles, review of the literature. (Angiom des Kehlkopfes, besonders seine Beziehung zur chronischen Laryngitis. Bericht über einen Fall bei einem 9 Monate alten Kind, im Anschluß an Masern, Literaturübersicht.) Americ. journal of dis. of childr. **5,** S. 123—130. 1913.

Bei einem 9 Monate alten Knaben, der mit starkem Stridor zur Untersuchung kam, konnte wegen der starken Larynxstenose laryngoskopisch keine Diagnose gestellt werden. Exitus an Pneumonie. Autopsie ergab ein Haemangioma simplex des Kehlkopfes. Im Anschluß werden 26 ähnliche Fälle der Literatur besprochen. *Kahler* (Freiburg i. Br.).

Ohmacht, V., Beitrag zur Jodtherapie tuberkulöser Ulcerationen im Kehlkopf und Rachen. (*Univ.-Klin. f. Kehlkopf- u. Nasenkrankh., Wien.*) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. **47,** S. 296—305. 1913.

Bericht über eigene Erfahrungen mit Ulsanin, einem Hydrojodoborat, aus dem sich bei der geringsten Befeuchtung unter intensiver Braunfärbung und Bildung weißlichen Schaumes Jod und Oxygen im statu nascendi entwickeln. Ulsanin, das insuffliert oder mit Wattebausch aufgetragen wird, hat sich gut als Wundheilmittel, Haemostaticum und Desinficiens bei Schleimhautdefekten nach operativen Maßnahmen bewährt. Die Nachbehandlung mit ihm nach Operation im Bereiche der Nase wird von den Patienten sehr angenehm empfunden. Bei tuberkulösen und lupösen Ulcerationen im Kehlkopf, Rachen und Nase sind in einer großen Reihe von Fällen, bei denen z. T. andere Mittel vollkommen versagt hatten, sehr gute Besserungen und Heilung erzielt worden. Nicht ulcerative tuberkulöse Prozesse werden weit seltener günstig beeinflußt. *Wortmann* (Berlin).

Ledermann, Paul, Kehlkopfcarcinom auf luetischer Basis. (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankh., Breslau.*) Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftw. Bd. **68,** H. 1, S. 20—23. 1913.

Ströbel, H., Über Herzvergrößerung bei experimentellen Trachealstenosen. Ein Beitrag zur Kenntnis der Genese des mechanischen Kropfherzens. (*Med. u. chirurg. Klin., Erlangen.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 1, S. 15—22. 1913.

Ströbel hat auf Anregung Schittenhelms an Katzen die Fragen entschieden, ob eine Luftröhrenverengerung zu einer Herzvergrößerung führt und welchem Teil des Herzens diese Vergrößerung angehört.

Aus der freigelegten Trachea wurde ein Wandstück von 1½ cm Länge und ¾ cm Breite unter Schonung der Schleimhaut herausgeschnitten, darüber die Knorpelwand wieder vernäht. Tiere mit sehr engen Stenosen konnten 3—4 Monate am Leben erhalten werden. Die Herzvergrößerung wurde nach dem J. Müllerschen Verfahren der Abtragung und Wägung der einzelnen Herzabschnitte bestimmt.

Durch die Wägemethode ließ sich einwandfrei die Herzvergrößerung nach Trachealstenosen nachweisen. Welcher Herzabschnitt hauptsächlich betroffen wird, ist wegen der Kleinheit des Katzenherzens nicht zu entscheiden. Wurden Katzen mit Stenosen mit Thyreoidea gefüttert, so war ein Einfluß auf die Tabellenwerte nicht zu konstatieren. Str. schließt, daß auch beim Menschen ein stenosierender Kropf eine Herzhypertrophie im Sinne Roses auslösen kann, ohne daß dabei eine thyreotoxische Komponente mitzuwirken braucht. *Klose.*

Schilddrüse:

Pern, S., A few cases of thyroid insufficiency and their relationship to the metabolism of lime. (Einige Fälle von Insuffizienz der Schilddrüse und ihre Beziehungen zum Calciumumsatz.) Austral. med. journal 2, S. 906 bis 909. 1913.

Die Schilddrüse reguliert den Kalkstoffwechsel und damit die periphere Zirkulation. Durch Kalküberfluß wird die Blutviscosität gesteigert. Beides führt zur Herzhypertrophie. Thyreoidea und Nebennieren wirken antagonistisch. Die Schilddrüse bewirkt Gefäßerweiterung, die Nebenniere Gefäßverengerung. Deshalb steht bei Hyperthyreoidismus die Gefäßerweiterung im Vordergrund und verursacht durch gesteigerte Blutzufuhr zur Schilddrüse gesteigerte Sekretion, während bei Hypothyreoidismus eine Steigerung der Adrenalinwirkung die Folge ist. — Die Einflüsse der gestörten Kalkbilanz beweist Pern an einer Reihe von klinischen Beobachtungen.

Ernst Schultze (Berlin).

Kotzenberg, Transplantation von Schilddrüse in die Milz und das Knochenmark. Med. Klin. 9, S. 455—456. 1913.

Es gelang Verf. bei zwei Kindern derselben Familie mit kongenitalem Myxödem frisch von der Mutter entnommene Schilddrüsenstückchen in die Milz bzw. in das Knochenmark zu implantieren. In beiden Fällen wurde, um die Blutung möglichst zu vermeiden, zweizeitig operiert. Im ersten Falle (3jähriger Knabe) wurde die Milz in der ersten Sitzung in eine kleine Peritonealöffnung eingenäht. Nach zwei Tagen wurde das kurz vorher exstirpierte, von seiner bindegewebigen Hülle befreite Schilddrüsenstück (3 : 1) in eine mit doppelschneidigem Messer gebildete Tasche ohne erhebliche Blutung implantiert. Naht der Kapselwunde. Im zweiten Falle (2jähriges Mädchen) wurde ein Periostknochenlappen an der Vorderfläche der Tibia gebildet, mit dem Löffel im Markraum eine Höhle geschaffen und letztere mit steriler Gaze fest austamponiert. In diese Höhle erfolgte dann auch hier 2 Tage später die Übertragung des Schilddrüsenstückes. Naht des Periost-Knochenlappens. Beide Male erfolgte eine glatte Einheilung. Es hat sich in dem halben Jahre, das seit der Implantation verflossen ist, eine stetige Besserung des Allgemeinbefindens sowohl in geistiger wie körperlicher Beziehung gezeigt, die besonders stark bei dem Knaben zutage trat. Verf. empfiehlt daher besonders die Einpflanzung in die Milz. *Wortmann* (Berlin).

Breitner, B., Kritische und experimentelle Untersuchungen über die kropfigen Erkrankungen der Schilddrüse. (*I. chirurg. Univ.-Klin., Wien.*) Mitteilg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. 25, S. 808—876. 1913.

Kurze Zusammenfassung der Geschichte des Kropfes und der Schilddrüse. Übersicht über die makroskopische und mikroskopische Anatomie des Kropfes mit eingehender Berücksichtigung der Histologie und Chemie des Kolloids. Verf. hat Experimente an Hunden gemacht: kombinierte Exstirpations-, Transplantations- und Kropf-

wassertränkungsversuche. Die ersteren stimmen mit den bisherigen Arbeiten so ziemlich überein; durch Kropfwassertränkung bekam er Kolloidvermehrung. Die Resultate sind insofern nicht einwandfrei, als die zwischen den Versuchen und der Untersuchung der Drüsen verflossene Zeit zu kurz war. Ferner eignen sich Hunde für Tränkungsversuche nachgewiesenermaßen schlecht. Alles übrige ist reine Theorie. Verf. gibt eine sogenannte Komplextheorie, die sich auf die Wechselwirkung der Drüsen mit innerer Sekretion stützt. An ihrer Hand gibt er Erklärungen für Kropf, Myxödem, Kretinismus und Basedow. Das Hauptgewicht aller seiner theoretischen Ausführungen legt Verf. mit Recht auf das Schilddrüsenkolloid. Er stützt sich dabei ganz auf die neuen eingehenden Arbeiten von Marine und A. Kocher.

Kocher (Bern).

Pujol, M., Sur un cas de syphilis tertiaire du corps thyroïde et du cou. (Mitteilung eines Falles von gummösen Zerstörungen in der Glandula thyreoidea und der Haut am Hals.) Progr. méd. **41,** S. 168—169. 1913.

29jährige Gravida, die durch Injektion von Arsenobenzol Billon geheilt wurde. Die Schwellung der Schilddrüse verschwand vollständig. Normale Geburt eines gesunden Kindes.

Ernst Schultze (Berlin).

Simon, Hermann, Über einen Fall von Riedelscher Struma, nach Strumektomie aufgetreten. (*Allerhlg.-Hosp., Breslau.*) Bruns Beitr. zur klin. Chirurg. **83,** S. 149—155. 1913.

Kasuistische Mitteilung eines voraussichtlich in das Gebiet der Strumitis chronica gehörigen Falles: 2 Jahre nach Ektomie einer gewöhnlichen Kolloidstruma fand sich eine harte Schwellung in der Operationsnarbe. Die 2. Operation ergab überall hartes, knirschendes Gewebe, es konnte nur ein kleines Stück und eine Lymphdrüse entfernt werden. Die histologische Untersuchung ergab nur zellreiches Bindegewebe, zum Teil auch älteres Narbengewebe. Die Drüse zeigte keine Veränderungen. Nach $^{3}{}_{4}$ Jahren schon erkennbare Rückbildung der Massen. Bakteriologische Untersuchung unterblieb. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Pern, Sidney, The treatment of nineteen cases of goitre with thyrotoxic symptoms. (Behandlung von 19 Kropffällen mit thyreotoxischen Symptomen.) Austral. med. journal **2,** S. 856—859. 1913.

Pern berichtet über ausgezeichnete Erfolge bei thyreotoxischen Kröpfen mit Cacl. lact., das namentlich bei frischen Fällen sehr energisch bessert. Bei älteren Fällen hat er zur Unterstützung der Wirkung noch Ergotin, Epenin oder Adrenalin mit großem Vorteil verwandt.

Ernst Schultze (Berlin).

Berry, James, The Lettsomian lectures on the surgery of the thyroid gland, with special reference to exophthalmic goitre. Lect. 3. (Vorlesungen über die Chirurgie der Schilddrüse mit besonderer Berücksichtigung des Basedowkropfes.) Lancet **184,** S. 737—743. 1913.

Berry berichtet über 351 in den letzten 5 Jahren von ihm operierte Kröpfe, deren Alter zwischen 10 und 82 Jahren schwankte. Bei Kindern hält er die Strumectomie nur für indiziert in Fällen, wo das Leben bedroht ist. Denn diese Kröpfe sind meist medikamentös zu beeinflussen und außerdem besteht die Gefahr für Ernährung und Wachstum bei Entfernung von etwas zuviel Thyreoideasubstanz. Er steht überhaupt auf dem Standpunkt, den parenchymatösen Kropf nicht stets zu operieren, sondern medikamentös anzugreifen (Jod, Arsen, Thyreoidextrakt) und für die Allgemeinkonstitution zu sorgen. Ihm gilt nur Dyspnoe als Indicatio operat. und zwar früher bei Jugendlichen als bei älteren Individuen. Verschönerungsoperationen macht er nur sehr selten, dann stets doppelseitig. — Bei Cysten und Adenomen macht er die reine Enucleation nie mehr; vielmehr macht er stets vorher die Gefäßunterbindungen wie zur Exstirpation und nimmt dann auch den größten Teil des Lappens mit fort. Intrathoracale Strumen geben gute Prognose, solange sie gutartig sind. Die Differentialdiagnose zwischen benignen und malignen ist bisweilen sehr schwer und daher gegebenenfalls die Explorativoperation auszuführen. Bei der Radikaloperation solcher malignen Tumoren ist es am besten, den oberen Zipfel des nicht ergriffenen Schilddrüsenlappens zurückzulassen. Tracheotomie soll nur im höchsten Notfall gemacht werden. *Ernst Schultze* (Berlin).

Rubino, Alfredo, Behandlung der Basedowschen Krankheit. Klinische Betrachtungen. Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 525—528. 1913.

Kritische Besprechung der verschiedenen therapeutischen Wege beim Morb. Based., die in einer Empfehlung der Antithyreoidinserumkur gipfelt. (20 Tage von 10—100 Tropfen steigend, dann fallend — 3—4 mal wiederholt.) Im übrigen sind scharf zu trennen die Fälle mit erethischem Temperament und beschleunigtem Stoffwechsel, bei denen er Ruhe, mildes, ruhiges Klima, kräftige Ernährung, Arsen, Phosphor anwendet, und die torpiden, für die regelmäßige Bewegung, Höhen- oder Seeklima, lactovegetabile Diät, Jodpräparate und alkalisch salinische Wässer empfohlen werden. Galvanisation des Sympathicus resp. Faradisation der Schilddrüse sowie Röntgenbestrahlung sind bei nicht aufzuhaltender Wachstumstendenz der Drüse zu versuchen. Schlagen auch diese Maßnahmen nicht an, so ist die partielle Strumektomie schleunigst vorzunehmen. *Ernst Schultze* (Berlin).

MacCallum, William G., Über die Übererregbarkeit der Nerven bei Tetanie. (*Pathol. Abt., Columbia univ., New York.*) Mitteilg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. **25,** S. 941—963. 1913.

Mc Callum fand bei seinen Experimenten, daß die bei Tetanie durchschnittenen Nerven übererregbar bleiben, nicht nur weil sie es schon vor der Durchschneidung waren, sondern unter einem allgemeinen Einfluß. Ferner bewies er, daß in den peripheren Abschnitten der von ihrer Ganglienzelle getrennten Nerven sich bei Entwicklung der Tetanie dieselbe Übererregbarkeit einstellt wie bei den intakten Nerven der anderen Seite. Durchfließungsversuche eines nur durch den Hüftnerv und den Knochen noch mit dem normalen Hunde zusammenhängenden Beines mit dem Blut eines tetanisierten bewiesen, daß die Übererregbarkeit durch Veränderungen des kreisenden Blutes hervorgerufen sind. — Diese können bestehen in einem Toxin und werden wirksam durch Calciumentziehung. *Ernst Schultze* (Berlin.)

Brust.

Allgemeines:

Bourguet, J., Recherches sur le canal thoracique. (Untersuchungen über den Ductus thoracicus.) Bibliogr. anat. **23,** S. 66—81. 1913.

Die Arbeit bringt sorgfältige Untersuchungen über die Anatomie des Ductus thoracicus. Bei diesen bediente sich der Verf. der Gerotaschen Injektionsmethode, die er bei Foeten. Neugeborenen und Erwachsenen angewandt hat. Die Ergebnisse sind durch übersichtliche Abbildungen erläutert. *Konjetzny* (Kiel).

Fitzwilliams, Duncan C. L., Case of lymphangioma resembling hernia of the lung. (Einen Lungenbruch vortäuschendes Lymphangiom.) Proceed. of the r. soc. of med., London **6,** Sect. for the study of dis. in childr. S. 99—100. 1913.

6jähriger Knabe, welcher in der rechten Oberschlüsselbeingrube ein Lymphangiom besaß, welches eine Ähnlichkeit mit einer Lungenhernie hatte. *v. Lobmayer* (Budapest).

Brustwand:

Deaver, John B., Review of five hundred and thirty-four operations on the mammary gland. (Übersicht über 534 Operationen der Brustdrüse.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 795—800. 1913.

Verf. berichtet über 370 Mammacarcinome, 123 Fibroepitheliome und 40 andersartige Erkrankungen der Brust. Übereinstimmend mit den Erfahrungen anderer Länder zeigt auch Amerika eine Zunahme der Todesfälle an Krebs. 5882 der Gesamttodesfälle an Krebs in den Vereinigten Staaten betrafen die Mamma. Wichtig für die Entwicklung von Carcinom ist die Beschaffenheit des benachbarten Bindegewebes; auf normaler Bindegewebsgrundlage entwickelt sich kein Carcinom, wie das in zahlreichen Fällen durch die genaue Untersuchung von Teilen der Drüse außerhalb der Krebsinfiltration gezeigt wird. Chronische Mastitis als Vorläufer der Krebsentwicklung wird von den Autoren in 25—75% angegeben. Auch benigne Tumoren scheinen häufiger als man nach den Statistiken der Kranken-

häuser annimmt, maligne zu werden. In einem Falle wurde mikroskopisch an einer Probeexcision ein Fibroadenom gefunden, 6 Monate später kam Pat. mit einem ausgedehnten Carcinom wieder. Vom Trauma, das von den Autoren verschieden als Krebsursache bewertet wird, kann man sagen, daß es als prädisponierender Faktor insofern, als es eine Verschiebung des Verhältnisses vom Bindegewebe zum Epithelgewebe hervorruft, eine Rolle spielt. Anamnestisch fand sich in zahlreichen Fällen Carcinom der Brust in der Ascendenz. Was das Geschlecht anbelangt, so finden sich 1,5—6% der Brustkrebse bei Männern, was mit der Tatsache übereinstimmt, daß die jungfräuliche Brust, der die männliche funktionell gleichzusetzen ist, selten von Carcinom befallen wird. Das mittlere Alter ist 49,6 Jahre für Krebs, 34,5 Jahre für Fibroepitheliom. Wenn das Symptomenbild ganz klar ist, sind meist schon Metastasen vorhanden, häufig wird die Krankheit an ihren Metastasierungen erst erkannt. Von Symptomen ist das Auftreten einer Verhärtung in der Brust das gewöhnliche. Schmerzen zu Beginn der Krankheit sind selten, in späteren Stadien gewöhnlich. In 65% der zur chirurgischen Behandlung kommenden Fälle zeigen sich Drüsenmetastasen. In seltenen Fällen findet man vergrößerte Drüsen bei nicht nachweisbarem Mammaca, häufig sind bei Fibroepitheliom die Drüsen entzündlich vergrößert. Leber, Knochen und Pleurametastasen zeigen den Durchbruch der Lymphbahnen an. Spätrezidive noch nach 23 Jahren wurden beobachtet. Die Röntgenbehandlung spielt nur bei inoperablen Fällen oder nach Operation zur Bestrahlung operativ nicht erreichbar gewesener Metastasen eine Rolle. Die Prognose ist abhängig von der Zeit des Bestehens — meist 30 Monate — der Ausbreitung und Art des Tumors und dem Alter der Patientinnen. Es folgen genaue statistische Angaben über die Dauer des Freibleibens von Rezidiven nach Carcinom und Fibroadenomoperation. Der Statistik der Hospitäler im allgemeinen wird der Vorwurf gemacht, daß man die inoperablen Fälle nicht miteinbezieht. *Carl* (Königsberg).

Roulet, Alfred de, The operative treatment of cancer of the breast. (Die operative Behandlung des Brustdrüsenkrebses.) Americ. journal of surg. 27, S. 92—96. 1913.

Wegen der frühzeitigen Durchsetzung der tiefen Pektoralfascie und der Haut der vorderen Brustwand mit Krebsmetastasen schlägt Verf. die ausgedehnte Fortnahme von Cutis vor. Noch ausgedehnter soll die Fascie fortgenommen werden, und zwar im Umfang eines Kreises, welcher die Entfernung von der Mamilla bis zur Clavicula zum Radius hat. Ist der Sitz des Tumors im äußeren oberen Quadranten, so muß die Fascie excidiert werden, von der Clavicula bis 2 Zoll unterhalb der Höhe des Processus ensiformis, in seitlicher Ausdehnung von der Sternummitte bis zum Rand des Musculus latissimus dorsi. Die Entfernung der Fascie abdominalwärts muß ebenso peinlich geschehen wie die Ausräumung der Achselhöhle. — Das Drüsengewebe zeigt gemeinhin auch eine weit umfassendere Ausdehnung, als sich bei Projektion der äußeren Umrisse der Mamma vermuten läßt. Nach des Verf. Untersuchungen reicht die Brustdrüse von der Mitte der zweiten bis zum unteren Rand der 6. Rippe, quer von der mittleren Axillarlinie bis fast zum Sternalrand.

Angabe der Technik der Operation: Hautschnitt in großer Ausdehnung ovalär um die Mamma. Beginn von der Axilla aus mit Durchtrennung der Ansätze der Mm. pectorales und Freilegung der Achselhöhle; Ausräumung derselben. Das Fettgewebe wird von den Muskeln abgezogen, ohne es dabei zu lädieren; erst dann wird der Hautschnitt vervollständigt und Muskel mit Fascie in der erwähnten großen Ausdehnung excidiert. Man deckt die große Wundfläche nach Thiersch oder durch Plastik. Umschneidung eines Hautlappens aus der Regio pectoralis lateralis, scapularis und infrascapularis mit drei Zoll breiter, nach oben gelegener Basis. In den Lappen werden ein Teil des Latissimus dorsi, Musculus teres major und infraspinatus miteinbezogen. Muskeln und Haut müssen in unverletztem Zusammenhang bleiben. Der Lappen wird auf die Wundfläche des Thorax aufgelegt und durch Nähte fixiert. Soweit das Gewebe nicht spannt, wird die Wundfläche in der Seitenwand des Thorax durch Zusammenziehen der Wundränder geschlossen. Gegen Ende der ersten Woche täglich wenigstens eine Stunde lang Extension des Armes, gegen Ende der zweiten Woche Beginn mit Bewegungen. Die Methode garantiert bei der Möglichkeit, absolut radikal zu verfahren, eine vollständige Wieder-

herstellung der Beweglichkeit des Armes. Achselhöhle und vordere Brustwand sind mit Hautlappen, die außerhalb des Mammagebietes entnommen sind, gedeckt. *Carl* (Königsberg).

Speiseröhre:

Bassler, Anthony, Two uncommon esophageal cases. (Zwei ungewöhnliche Ösophagus-Fälle.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 801—803. 1913.

1. Fall. Ein 34jähriger Mann hatte vor 9 Wochen im Schlafe eine Zahnprothese, bestehend aus einer Kautschukplatte und einem Zahn, verschluckt. Während der zwei ersten Tage konnte überhaupt keine Nahrung, hierauf Flüssigkeiten und allmählich halbfeste Speisen geschluckt werden. Ein Bougie wurde mehrere Male, ohne Widerstand zu finden, in den Magen eingeführt. Ein Abgang der Gebißplatte im Stuhle wurde nicht beobachtet. Der Fremdkörper wird röntgenologisch festgestellt (2 Abbildungen). Von einer Extraktion auf ösophagoskopischem Wege wird wegen der Gefahr einer Verletzung des Oesophagus abgesehen, die Platte dagegen mit Erfolg durch Oesophagotomie entfernt. Patient wurde die ersten 10 Tage nach der Operation rectal ernährt. — 2. Fall. Ein 78jähriger Mann mit einem pfirsichgroßen Aneurysma der rechten A. subclavia und Arteriosklerose bemerkt seit 5 Jahren einen stechenden Schmerz in der rechten Brusthälfte beim Schlucken von sauren Speisen oder Getränken, besonders beim Genuß von Limonade oder gekochten Tomaten. Der Schmerz strahlte in den linken (!) Arm aus. Solche Schmerzanfälle dauerten 5—10 Minuten. Es wurde ein Aneurysma des Aortenbogens angenommen. Das Röntgenogramm (2 Abbildungen) ergab jedoch eine Verkalkung der Aorta, die zusammen mit dem oberen Teil der Herzbasis auf die Speiseröhre drückte und an der betreffenden Stelle ein geringes Passagehindernis setzte. Saure Speisen oder Getränke reizten an dieser Stelle die Schleimhaut und verursachten die beschriebenen Symptome. *Jurasz* (Leipzig).

Guisez, Traitement par le radium du cancer de l'oesophage. (Radiumbehandlung des Ösophaguscarcinoms.) Paris méd. S. 287—291. 1913.

Guisez bespricht zuerst den Fortschritt in der Diagnostik des Oesophaguscarcinoms, betont den Wert der Oesophagoskopie und schildert hierauf die Methode der Radiumtherapie. Mittels Sonde werden 10—12 cg Radium jeden zweiten Tag 4—5 Stunden lang eingeführt, die ganze Kur dauert 30, eventuell 60 Stunden lang. G. verzeichnet nicht nur palliative, sondern wirkliche Heilerfolge; das beste Resultat gaben jene Fälle, die oesophagoskopisch früh diagnostiziert wurden. Im ganzen behandelte er 35 Kranke. In allen Fällen trat eine Besserung ein; in ungefähr $^1/_3$ der Fälle wurde die Passage fast normal, in einer kleineren Anzahl — von denen er drei des näheren ausführt — zeigten sich alle Anzeichen einer Heilung. Das erste Anzeichen einer erfolgreichen Radiumbehandlung ist eine ungewöhnlich starke Speichelabsonderung. *Gergö* (Budapest).

Brustfell:

Roussiel, Marc, Du traitement chirurgical des pleurésies purulentes. (Über die chirurgische Behandlung der eitrigen Pleuritiden.) Clinique. (Bruxelles) **27,** S. 162—170 u. 177—182. 1913.

Fortbildungsvortrag.

Lungen:

Kretz, R., Über die Lokalisation der Lungenembolien. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. **24,** S. 195—197. 1913.

Bei einem 22jährigen Manne, der an einem rechtsseitigen Hodencarcinom mit Erkrankung der rechten Beckenseite gestorben war, fanden sich über 60 Lungenmetastasen, die ihre Entstehung einem Durchbruch des Tumors in die rechte Vena iliaca verdankten. Die Lungenmetastasen waren fast gleichmäßig auf beide Lungen verteilt, doch war der praevertebrale Teil beider Oberlappen verschont. Verf. sieht darin eine Stütze seiner Anschauung, nach der diese Teile der Oberlappen ihr Blut aus der oberen Hohlvene erhalten. *Kleinschmidt* (Leipzig).

Geigel, Richard, Die Mechanik der Embolie. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol **211,** S. 455—466. 1913.

Verf. untersucht die Beziehungen der Embolie zum Lungeninfarkt und berücksichtigt dabei besonders die Fälle, bei denen es nicht sofort zum völligen Verschluß des Arterienrohres kommt. Kann neben dem Embolus noch Blut das Gefäßrohr passieren, so wird es seine Stromgeschwindigkeit immer mehr verringern zufolge des fehlenden hydrodynamischen Druckes, bis es schließlich zur Gerinnung des Blutes bis in die kleinsten Capillaren und damit zur Ausbildung des Lungeninfarktes kommt. Der Infarkt wird also nicht durch das Blut der Lungenvenen, sondern durch das der

Lungenarterie hervorgerufen. Ist die Embolie und der Infarkt diagnostiziert, so empfiehlt Verf., die erkrankte Seite zu fixieren und Morphium zu geben. Herztonica sind zu vermeiden, weil dadurch der Blutdruck gesteigert werden würde. Die gleiche Ätiologie wie oben — also unvollständiger Verschluß der Arterie durch Embolie oder Thrombose — nimmt Verf. auch für den akuten encephalomalacischen Herd an.

Stadler (Leipzig).

Schultze, W. H., Anomalien des ersten Rippenringes und Lungentuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Hartschen Lehre von der mechanischen Disposition der Lungen zur tuberkulösen Phthise. (*Herzogl. Krankenh., Braunschweig.*) Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. **26**, S. 205—236. 1913.

Auf Grund eines Materiales von 100 genauen Messungen bekämpft Verf. die Hartsche Lehre von der mechanischen Prädisposition der Lunge zu Tuberkulose und kommt zu dem Ergebnis, daß weder einer abnormen Kürze und frühzeitigen Verknöcherung des ersten Rippenknorpels, noch der Ausbildung einer längsovalen oberen Thoraxapertur eine ausschlaggebende Rolle für die Entstehung der Lungentuberkulose zuzuschreiben sei. Er betont zunächst die Schwierigkeit, die Länge des Rippenknorpels exakt festzustellen. Trapezförmige Gestalt, unscharfe Begrenzung am Übergang in Rippe und Sternum. Aus dem Mittel zwischen größter und kleinster Länge an frontalen Sägeschnitten findet Schultze bei nichttuberkulösen Männern 3,7, Frauen 2,8; bei progressiver Tuberkulose 3,5 und 2,9 cm. Nach Sumita tritt an der ersten Rippe die Knorpelverknöcherung frühzeitig auf, sowohl vom Sternum aus als auch in Schalenform an der Knorpelknochengrenze. Jenseits der 40er Jahre besteht Verknöcherung in 87%. Schultze stellt die vorzeitige Verknöcherung des Rippenknorpels dar als eine sekundäre Erscheinung. Sie wird bedingt durch alle Vorgänge, welche die normale Entfaltung der Lunge verhindern; findet sich bei Lungenschrumpfung und chronischer Tuberkulose an der ersten Rippe, bei pleuritischen Adhäsionen, entsprechend der Lage der Verwachsungen, auch an unteren Knorpeln, während die oberen frei bleiben. Sie wird bei gesunden Lungen am Schnürthorax in der Höhe der 7.—9. Rippe beobachtet. Auch beim Emphysem ist die Thoraxstarre eine Folgeerscheinung. Überall, wo funktioneller Reiz und Leistung der Rippe gehemmt sind, tritt am Knorpel frühzeitige Verknöcherung ein. Die Theorie Harts, nach welcher bei Tuberkulose eine Umformung der oberen Thoraxapertur zu einer längsovalen stattfinde, kann S. nicht bestätigen. Bei 32 Phthisen beobachtete er sie 4 mal; bei 68 anderen Fällen 10 mal. Hart erklärt diese Stenose durch eine primäre Entwicklungshemmung, Verkürzung des ersten Rippenknorpels. Nach S. ist sie die Folge einer Haltungsanomalie. Bei habitueller Beugung, Muskelschwäche und leichter Kyphose sinkt der Schultergürtel nach vorne, die beiden Schlüsselbeine drücken auf das Sternum und geben so dem Thoraxeingang die längsovale Form. Im Verein mit der Verknöcherung finden wir diese Gestalt nicht bei der akuten, viel eher bei der chronisch verlaufenden Phthise. Die Gelenkbildung an der ersten Rippe wird erklärt durch forcierte Bewegung der Clavicula, welche zum Einbrechen des verknöcherten Knorpels führt. Heftige Atmung und Hustenstöße begünstigen gleichfalls die Gelenkbildung. Eine Beziehung zur Heilung der Lungentuberkulose besteht nicht. *Hotz* (Würzburg).

Sauerbruch, F., Die Beeinflussung von Lungenerkrankungen durch künstliche Lähmung des Zwerchfells (Phrenikotomie). Münch. med. Wochenschr. **60,** S. **625—626.** 1913.

Sauerbruch hat unter 58 Kranken, bei denen er die extrapleurale Thoracoplastik wegen Tuberkulose ausführte, nur 2 mal eine Pneumonie des Unterlappens eintreten sehen, die er im Gegensatz zu Wilms als Aspirationspneumonie ansieht. Beides waren Fälle, bei denen er eine vor- oder gleichzeitige Eindellung des Unterlappens nicht ausgeführt hatte. Diese Tatsache und die Erwägung, daß der thoracoplastische Eingriff trotz gesunden Unterlappens ein recht weitgehender sein muß, führten ihn

auf frühere Studien zurück, nämlich Versuche, das Zwerchfell durch Phrenicotomie in maximale Exspirationsstellung zu bringen, um so eine Ruhigstellung der Lunge, Kompression und Bindegewebsproliferation zu erzielen. Ausgeführt war dieser Versuch bereits einmal auf Anraten von Stürtz bei Bronchiektasien durch Bardenheuer. Eine vor kurzem erschienene Studie von Schepelmann über künstliche Zwerchfelllähmungen veranlaßt nun S., früher als gewollt, seine noch nicht ganz abgeschlossenen Erfahrungen über 5 Fälle bekannt zu geben. Das Aufsuchen des Phrenicus durch 10 cm langen Schnitt am hinteren Rande des M. sterno-cleidomastoideus bietet keine Schwierigkeiten. Er ist als 3 mm dicker Nerv auf dem M. scalenus anticus leicht zu finden. Also an Stelle der vorbereitenden Eindellung des Unterlappens schlägt S. die Phrenicotomie vor. Er hält sie aber auch für anwendbar bei doppelseitigen, tuberkulösen Erkrankungen und bei Bronchiektasien. *Plenz.*

Flesch, Max, Beitrag zur Kasuistik der Freundschen Emphysemoperation. (*Chirurg. Klin., Frankfurt a. M.*) Fortschr. d. Med. **31,** S. 281—284. 1913.

Ausführliche Mitteilung der Krankengeschichte eines von Rehn - Frankfurt operierten Falles von primär chondrogen starr dilatiertem Thorax. 32jähriger Mechaniker; seit 10 Jahren zunehmende, anfallsweise, besonders nachts auftretende, erschwerte Expiration. Extensionsbreite des Thorax in Mamillarhöhe 91 : 91,8 cm. Herzdämpfung aufgehoben. Im Röntgenbilde diffuse Trübung der Knorpelgegend. Thoraxexkursionen bei Respiration kaum wahrnehmbar. Operation: Hautschnitt entlang dem rechten Sternalrand und Freilegung der Ansätze der 1.—5. Rippe. Resektion des 2., 3., 4. und 5. Rippenknorpels in Ausdehnung von 4 cm. Trotz Pleuraverletzung und Pneumothorax glatte Heilung. Eklatanter Erfolg. Status 2 Jahre nach dem Eingriff: Die Anfälle sind dauernd verschwunden, Patient ist, abgesehen von der noch zeitweise auftretenden Bronchitis beschwerdefrei und vollkommen arbeitsfähig. Extensionsbreite des Thorax 4,5 cm. Die Untersuchung der resezierten Knorpelstücke ergab typische asbestartige Degeneration. *Adler* (Berlin-Pankow).

Montgomery, Charles M., Pleural effusion due to artificial pneumothorax. (Pleuraexsudat infolge von artifiziellem Pneumothorax.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 494—495. 1913.

Montgomery beruft sich auf eine Publikation von A. Weiss (Beitr. z. Klin. d. Tuberk., Bd. XXIV), gemäß welcher nach artifiziellem Pneumothorax in ungefähr 50% der Fälle ein pleuritisches Exsudat entstehe. M. selbst beobachtete am Phipps-Institut (Philadelphia) in 7 Fällen von künstlichem Pneumothorax 3mal diese Komplikation. 2—3 Monate nach Einsetzen der Behandlung und 4—6 Wochen nach Beendigung derselben. In zwei Fällen war der Ausgang zweifelhaft, einmal verschlimmerte sich der Zustand. Die insufflierte Nitrogenmenge betrug 250—750 ccm. *Gergö* (Budapest).

Koch, Künstlicher und spontaner Pneumothorax. Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Suppl. Bd. **4,** (Verhandl. d. Vereinig. d. Lungenheilanst.-Ärzte a. d. 7. Vers., Hamburg 2.—5. VI. 1912.) S. 114—133. 1913.

Bericht über 6 Fälle von künstlichem Pneumothorax mit genauer Wiedergabe der Krankengeschichten und Darstellung der Röntgenbefunde und 6 Fälle von spontanem Pneumothorax bei Lungentuberkulose. Während die letzten Fälle sämtlich zugrunde gingen, wurden durch den künstlichen Pneumothorax 1 Fall geheilt, 3 gebessert; 2 sehr fortgeschrittene Krankheitsfälle starben. Der Pneumothorax wurde mittels der Forlaninischen Punktionsmethode angelegt. *Heller* (Leipzig).

Variot, G., Barret et Sédillot, Pneumothorax latent décelé par la radiographie chez un enfant de deux ans. (Röntgenographisch nachgewiesener latenter Pneumothorax bei einem 2jährigen Kinde.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris **35,** S. 217—220. 1913.

Das Kind erkrankte unter heftigem Fieber an den Erscheinungen einer rechtsseitigen Pneumonie. 3 Monate später glaubten Verff. links Zeichen einer tuberkulösen Bronchopneumonie zu entdecken; der röntgenographische Befund jedoch zeigte in der mittleren Partie der linken Thoraxhälfte durch 5 Intercostalräume einen Pneumothorax, der die ganze obere Partie der linken Lunge komprimierte, das Herz nach rechts verdrängte und nach unten in der horizontalen Linie eines Exsudates abschloß. Der Pneumothorax war klinisch nicht nachweisbar und Verff. meinen, daß derselbe ohne Röntgenographie unentdeckt geblieben wäre; sie glauben, daß die physikalischen Zeichen des Pneumothorax im frühesten Kindesalter sich wegen der geringen Kapazität des Thorax nicht genügend manifestieren. *Gergö* (Budapest).

Guisez, Nouveau cas de gangrène pulmonaire guéri par la méthode des injections intra-bronchiques. (Neuer Fall von Lungengangrän geheilt durch die Methode der intrabronchialen Injektionen.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris **29,** S. 573—579. 1913.

Beschreibung eines Falles von doppelseitiger Lungengangrän bei einem 32jährigen Alkoholiker, das durch Injektionen von 15 ccm eines Gemisches von 10proz. Huile goménolée und 5proz. Huile gaïacolée in den rechten und linken Bronchus völlig geheilt wurde. Guisez hat schon früher 6 andere Fälle von Lungengangrän, deren Verlauf er kurz skizziert, auf dieselbe Weise zur Heilung gebracht. Was die Technik der Infektionen anbetrifft, so werden dieselben vermittels einer Spritze und einer langen gebogenen Kanüle unter Leitung des Kehlkopfspiegels ausgeführt, nachdem der Larynx und der obere Teil der Trachea durch einige Tropfen Alipin anästhesiert wurden. Die Infektionen werden in einer Menge von 20—25 ccm gut vertragen. Durch das Tierexperiment wurde nachgewiesen, daß die Infektionsflüssigkeit in wenigen Minuten das ganze Lungenparenchym imbibiert. Auch bei eiterigen Affektionen der Bronchien wurden die Injektionen mit gutem Erfolge angewendet, während sie bei tuberkulösen Prozessen der Lunge versagten. *Voswinckel* (Berlin).

Freiman, Maurice, Carcinoma of the lung. Report of a case. (Lungencarcinom. Bericht eines Falles.) New York med. journal **97,** S. 350. 1913.

Bauch und Becken:

Allgemeines:

Läwen, A., Über einen Fall von kongenitaler Wirbel-, Bauch-, Blasen-, Genital- und Darmspalte mit Verdoppelung des Coecums und des Wurmfortsatzes. (*Pathol. Inst., chirurg. Klin., Univ. Leipzig.*) Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. **55,** S. 575—594. 1913.

Das Kind (♀) ging am 20. Tag nach der Geburt an Entkräftung zugrunde. Myelocystocelen (Myelocystomeningocelen) und Bauchblasendarmspalten kommen sehr häufig zusammen vor und sind jedenfalls auf die gleiche ursächliche — wahrscheinlich äußere — Einwirkung (spätestens um die Mitte der 3. Embryonalwoche) zurückzuführen. *Zieglwallner* (München).

Piazza, Clearco, Patogenesi e clinica delle ptosi viscerali. (Pathogenese und Klinik der Eingeweidesenkung.) (*Osp. magg., Verona.*) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig. S. 200—206, 224—231 u. 243—250. 1913.

An Hand eines ausführlich beschriebenen Falles von Enteroptose im jugendlichen Alter erörtert Verf. die verschiedenen Theorien, die von Glenard, Tuffier, Stiller, Albu, über die Entstehung der Eingeweidesenkung aufgestellt worden sind. Wenn auch die Ätiologie zuweilen eine verschiedene sei, so sei doch meist eine angeborene Schwäche des Halteapparats der Eingeweide, der Muskulatur und des Fettgewebes verantwortlich zu machen. Von Symptomen sei die eigentümliche Konfiguration des Abdomens, das Verschwinden des Traubeschen Raums bei aufrechter Haltung, die radiologisch nachweisbare Magendilatation besonders bemerkenswert. *Frank* (Köln).

Delassus, A., Les suites des opérations abdominales. (Die Folgen der Bauchoperationen.) Sem. gynécol. **18,** S. 81—85. 1913.

Allgemeinbekanntes in Form eines klinischen Vortrages. Bei heftigem Operationsshock empfiehlt Delassus die Injektion von 4—5 ccm des Cheronschen Serums (Natr. phosph. 4,0, Natr. sulf. 8,0, Natr. chlor. 2,0, Acid. carb. pur. 1,0, Aq. sterilis ad 100,0). *Bergemann.*

Caponetto, Gaetano, Sull' emostasi definitiva nelle resezioni degli organi parenchimali. (Die definitive Blutstillung bei der Resektion von parenchymatösen Organen.) (*Clin. chirurg., univ., Catania.*) Gaz. degli osp. e delle clin. **34,** S. 377—379. 1913.

Verf. beschreibt seine Methode der Blutstillung, welche er in einem Falle von Leberverletzung und bei dem Tierversuch zu erproben Gelegenheit hatte. Um das Durchschneiden der tiefgreifenden parenchymatösen Nähte zu verhindern, knotete er die Fäden über auf die Leberfläche gelegte Catgutstränge; so wurde die Blutung, die durch Thermokauterisation und Ligatur nicht gestillt werden konnte, definitiv beherrscht. *Monnier* (Zürich).

Hébrard, P., Les oblitérations de la veine cave inférieure. (Die Obliterationen der Vena cava inf.) Gaz. des hôp. **86,** S. 565—572. 1913.

Kurze Übersicht über Literatur, Ätiologie, pathologische Anatomie, pathologische Physiologie, Symptomatologie, Komplikationen, klinische Formen, Verlauf, Prognose, Diagnose und Behandlung des Leidens. Etwas ausführlicher sind die Symptome, sowie die Möglichkeiten des Kollateralkreislaufes besprochen. Verf. verlangt, daß mehr als bisher auf Lues als Ursache der Obliteration gefahndet wird. *Jurasz* (Leipzig)

Jeger, Ernst, und Wilhelm Israel, Über Ersetzung eines Stückes der Vena cava inferior durch frei transplantierte Vena jugularis externa desselben Tieres. (*Pathol. Inst., Univ. Berlin.*) Arch. f. klin. Chirurg. **100,** S. 1018—1028. **1913.**

Jeger und Israel ersetzten bei Hunden (in 8 Fällen) einen Defekt der Vena cava inferior durch ein von demselben Tier entnommenes Stück der Vena jugularis externa. Die Versuche wurden in der Weise ausgeführt, daß nach Exstirpation einer Niere und Ligatur der Vena cava oberhalb der Einmündungsstelle der anderen Nierenvene ein entsprechendes Stück der Vena jugularis einerseits zentral, anderseits peripher an der Ligaturstelle in die cava implantiert wurde. Bei der ersten Versuchsreihe (4 Fälle) erfolgte die Vereinigung an der peripheren Implantationsstelle End zu Seit vermittelst der üblichen Carellschen Nahtmethode, an der zentralen vermittelst einer Payrschen Magnesiumprothese. Dauerresultate wurden nicht erzielt, da die Technik zu schwierig ist; das implantierte Venenstück erwies sich jedesmal bei der Sektion als durchgängig. Bei der zweiten Versuchsreihe (4 Fälle) wurden zwecks Vereinfachung der Technik Doppelprothesen, bestehend aus 2 schmalen mit Rinnen versehenen Magnesiumringen, die durch einen feinen Magnesiumstab verbunden waren, verwandt. Das resecierte Stück jugularis wurde über die Prothese gezogen, an beiden Enden umgestülpt und vermittelst Fäden fixiert. Die so armierte, bis zum Gebrauch in Parafin gelegte Prothese, wurde durch je eine quere Incision an der Vorderseite der Vena cava peripher und zentralwärts eingeschoben. Vor dem Einbinden der Prothese empfiehlt sich die Anlegung einer Naht durch die vorderen Ränder der beiden Incisionsöffnungen, um diese einander möglichst zu nähern und dadurch eine möglichst exakte Adaption der Venenränder zu erzielen. Die Resultate bei dieser Technik waren zufriedenstellend. 1 Hund überlebte die Operation fast 3 Monate, einer starb 3 Wochen, zwei andere wenige Tage nach der Operation. Das implantierte Venenstück erwies sich bei der Obduktion jedesmal frei von Thromben. Auch beim Menschen dürfte diese Methode zur Überbrückung von Ligaturen oder Defekten großer Gefäße bei der Unmöglichkeit einer End zu Endvereinigung anwendbar sein. *Münnich* (Erfurt).

● **Haller, M., Des épiploïtes chroniques en rapport avec l'appendicite et la colite chroniques.** (Chronische Netzentzündungen in ihrer Beziehung zur chronischen Appendicitis und Kolitis.) (*Hôp. de la pitié, Paris.*) Paris. Steinheil. 1912. 242 S., III pl. frcs. 6.—.

Der Lehrer des Verfassers, Prof. Walther, hat zum ersten Male 1898 auf die chronischen Netzentzündungen hingewiesen. Zum großen Teil unter Zugrundelegung des Materials von Walther gibt nun der Verf. eine zusammenhängende Darstellung dieser überaus interessanten und häufigen Krankheitsformen. Hierunter fallen nur die Netzentzündungen im Anschluß an Appendicitis und Kolitis. Die Kolitis kann primär sein, ist aber meist Folge der Appendicitis und speziell wiederum der Epiploitis. Nicht behandelt werden hier die Adhäsionen des Netzes im kleinen Becken im Anschluß an Adnexerkrankungen, die Netzveränderungen in alten Hernien usw. Diese sind auch pathologisch-anatomisch von den hier zu erörternden grundverschieden. Die im Anschluß an chronische Appendicitis oder an chronische primäre Kolitis entstandenen Netzentzündungen zeichnen sich dadurch aus, daß sie weit über den ursprünglichen Entzündungsherd sich ausdehnen können, daß sie einen selbständigen Charakter gewinnen. Die Beschwerden, die sie hervorrufen, sind einmal bedingt durch den selbständigen entzündlichen Charakter, weiterhin durch die mechanische Behinderung des Darmfunktionen. Zwei Formen, die nicht streng zu scheiden sind: 1. freie Epiploitiden, 2. solche mit Adhäsionen. 1. Im Anfangsstadium der Entzündung ist die hier abgehandelte echte chronische Epiploitis kenntlich an der rosa Farbe des Netzes. Die Entzündung ist fleckweis oder umfaßt größere Bezirke. Im weiteren Verlauf kommt es zur Bildung von charakteristischen Knoten von lebhaft roter Farbe und bedeutender Resistenz, die dem Netz ein granitartiges Aussehen geben („granitartige Flecken"). Bei zunehmender Sklerose kann das Netz eine lederartige Konsistenz bekommen, es bilden sich außerdem feine Stränge, die frei von einem Teil des Netzes zum andern ziehen, besonders häufig auf der Hinterfläche, und es entstehen die sog. „Retraktionsknoten", die das ganze Netz verzerren und wieder Sitz von Entzündungen werden können. Endlich, nach abgelaufener Entzündung, treten weißlich-glänzende Platten auf („Perlmutterflecken"). Außer diesen Veränderungen findet man größere oder kleinere Hämatome

im Netz, oft sehr zahlreich. Sitz dieser Veränderungen ist vorwiegend das Netz in der rechten Bauchseite, oft aber das ganze Netz. Es kann zu einem wurstförmigen Wulst schrumpfen und ohne Adhäsionen den Darm verzerren. 2. können hierzu Adhäsionen treten. Am häufigsten sind Verwachsungen des Netzes mit der vorderen Bauchwand oder im kleinen Becken. Folge: Senkung von Querkolon und Magen; Verwachsungen vor dem Kolon in der Gegend der Niere („prärenaler Strang"); Einschnürungen des Kolons durch flügelfellartig darüber gelagerte Netzstränge („perikolische Ringe"); besonders aber Verwachsungen am rechten Kolonwinkel, wodurch das Kolon geknickt wird (Vergleich mit den Läufen einer Doppelflinte). Die bekannten Adhäsionsmembranen, besonders über dem Blinddarm und dem aufsteigenden Kolon, werden gedeutet als Reste von Folgezuständen chronischer Appendicitis und Kolitis, koordiniert mit den Epiploitiden.

Unter 1453 Appendektonien (im Intervall operierte oder von vornherein chronische) waren 372 Fälle von echter chronischer Epiploitis. Hiervon wieder waren 191 ohne Adhäsionen, 181 mit. Die einfachen Adhäsionen, z. B. von den Organen des kleinen Beckens ausgehend. sind nicht inbegriffen. Waren echte Epiploitiden im kleinen Becken vorhanden, so war jedesmal eine abgelaufene Erkrankung des Wurmfortsatzes zu konstatieren. — Klinisch werden die Fälle eingeteilt in solche, bei denen die Symptome von denen der chronischen Appendicitis sich nicht oder nur undeutlich trennen lassen, solche, bei denen die Erscheinungen der Epiploitidis im Vorder grund stehen, und solche, bei denen trotz gemachter Appendektomie allerhand Beschwerden bestehen geblieben sind. In den Fällen von schweren Knickungen können heftige Erscheinungen, Okklusionskrisen, auftreten. Die entzündlichen Herde im Netz können ferner (auch in der 3. Gruppe) ganz das Bild eines appendicitischen Anfalles geben. Im übrigen sind die Symptome, die der Indigestion, dabei mannigfaltigster Art: Erscheinungen von seiten des Magens, Verstopfung oft mit Durchfällen abwechselnd, unangenehme Sensationen oder Ziehen im Leib, öfter streng lokalisiert (Nabelgegend, Kreuz, Nierengegend), Flatulenz, allgemeine Mattigkeit, fahle Gesichtsfarbe usw. Manchmal läßt sich im „Netzkuchen" tasten. — Es ergibt sich die Notwendigkeit, bei jeder Bauchoperation systematisch das Netz zu untersuchen, bei Appendektomie kann man in der Regel auch durch die üblichen kleinen Schnitte das Netz vorziehen und sich von der Beschaffenheit des Kolons überzeugen. Findet man Veränderungen, so muß nötigenfalls ein größerer Schnitt gemacht werden. Die gegebene Operation ist Resektion der erkrankten Netzpartien und außerdem Lösung etwaiger perikolitischer Membranen. *Burckhardt* (Berlin).

Ludwig, Eugen, Über ein malignes Adenomyom des Mesenterium. (*Pathol.-anat. Inst., Univ. Basel.*) Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **24**, Nr. 7, S. 289—294. 1913.

Leotta, Nicola, Le obliterazioni dei vasi mesenteriali. Ricerche sperimentali e considerazioni cliniche. (Die Obliterationen der Mesenterialgefäße. Experimentelle Untersuchungen und klinische Betrachtungen.) (*Istit. di clin. chirurg., univ., Roma.*) Policlin., Sez. chirurg. **19**, S. 484—503. 1912, **20**, S. 94 bis 96 u. 111—137. 1913.

Verf. versucht im ersten Teil seiner Arbeit auf experimentellem Wege folgende Möglichkeiten des Mesenterialverschlusses nach ihren anatomischen und klinischen Erscheinungen abzugrenzen: 1. den arteriellen, 2. den venösen, 3. den gleichzeitig arteriell und venösen Verschluß, 4. die Genese des hämorrhagischen Infarktes und der ischämischen Gangrän und 5. die feststellbaren Fernwirkungen des Verschlusses von Mesenterialgefäßen. — Als Versuchstiere dienten Hunde, deren Gefäße im Gekröse sich ganz analog den menschlichen verhalten. — In der ersten Versuchsreihe (mit 20 Tierexperimenten) wurden ausschließlich Unterbindungen der Arterien in verschiedener Höhe ausgeführt. Wurden nur Äste der A. mesent. superior ligiert, dann zeigten sich bei Ausschaltungen des Darmes auf 10—15 cm gar keine Störungen; wur-

den dagegen 20—25 cm Darm arteriell ausgeschaltet, dann kam es zwar zu blutigen Diarrhöen infolge des hämorrhagischen Infarktes, die Tiere gingen jedoch nicht zugrunde. Der Darm erfährt späterhin eine leichte Einengung seines Kalibers, das zugehörige Gekröse schrumpft, das große Netz bildet schützende Verklebungen. Ausschaltungen von über 30 cm führen stets zum Tode, ebenso die Unterbindung des Stammes, bei welcher der ganze Dünndarm und ein Teil des Dickdarms betroffen ist. Die Ligatur einzelner Äste der A. mesent. inferior hat keine nennenswerten Folgen, die des Stammes ist unbedingt tödlich. Beschreibung der makroskopischen und mikroskopischen Veränderungen der in ihrer Zirkulation gestörten Darmabschnitte. Die Mesent. sup. hat in ihrem mittleren Abschnitt anatomische und funktionelle Anastomosen, während sie sich an den Grenzen ihres Gefäßbezirkes funktionell wie eine Endarterie verhält trotz ihrer anatomischen Anastomosen. — In der zweiten Versuchsreihe wurden nur Venen in verschiedener Höhe unterbunden (12 Experimente). Die Ligatur von Ästen der Mesent. magna für einen Darmabschnitt von bis zu 30 cm wird anstandslos vertragen. Schon bei 35 cm treten mehr oder weniger starke Störungen mit blutigen Diarrhöen auf, bei 50 bis 60 cm ist die Infarzierung stets tödlich, aber erst nach 5 bis 6 Tagen infolge von Gangrän. Unterbindung des Stammes tötet in 24 Stunden. Äste der Vena mesent. parva können ohne Schaden unterbunden werden, der Stamm des Gefäßes dagegen nicht, ohne in 36 Stunden den Tod herbeizuführen. Die makroskopischen Veränderungen in Darm und Netz sind dieselben, wie beim arteriellen Verschluß, sie entwickeln sich jedoch viel rascher. Kollateralbahnen werden beim venösen Verschluß leichter eingeschlagen wie beim arteriellen. Die Histologie beider Fälle zeigt weitgehende Übereinstimmung. Die dritte Versuchsreihe (10 Experimente) beschäftigt sich mit der gleichzeitigen Unterbindung von Arterien und Venen in gleicher Höhe. Ausschaltung der Vasa superiora für einen Darmabschnitt bis zu 15 cm macht keine Störungen, bis zu 25 cm erfolgt ein typischer, aber heilungsfähiger Infarkt, darüber hinaus der Tod, jedoch nicht plötzlich. Ligatur der Stämme führt zu einer Art anämischer Gangrän und raschem Tod; dasselbe Bild bei der Unterbindung des Stammes der Vasa inferiora, während Äste ohne Schaden wegfallen können. Die anämische Gangrän nach Sprengel wird abgelehnt. — Im zweiten Teil seiner Arbeit bringt Verf. die klinischen Einzelheiten des Mesenterialverschlusses nach Ätiologie, Pathogenese, patholog. Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie gesichtet. Eine Tabelle über 45 Beobachtungen bringt die bisher chirurgisch behandelten Fälle mit 31% Heilungen, eine Statistik, die weit verbesserungsfähig sei, wenn rechtzeitig operiert wird. Je nach dem Zustand des Kranken sollen die infarzierten Därme nur vorgelagert, oder reseziert und die Stümpfe eingenäht, oder reseziert und anastomosiert werden. Ausführliches Literaturverzeichnis. *Kreuter* (Erlangen).

Bollag, Karl, Zur Kenntnis des arteriomesenterialen Darmverschlusses. (*Bezirksspit., Interlaken.*) Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte **43**, S. 262—267. 1913.

Ein Fall, bei dem es sich vermutlich um einen chronischen, periodisch auftretenden arteriomesenterialen Darmverschluß gehandelt hat. Derselbe schloß sich nicht an eine Operation an, sondern wird vom Verf. mit einer Lordose der Wirbelsäule in Zusammenhang gebracht.

40 jährige Frau, seit 18 Jahren an chronischer Arthritis und seit 2 Jahren an Magenstörungen leidend, die in 2 wöchentlichen Abständen ohne jede Veranlassung auftraten, etwa 12 Stunden anhielten und nach galligem Erbrechen wieder schwanden. Aufnahme in das Krankenhaus wegen einer linksseitigen Schenkelhalsfraktur. Status: äußerst schwächliche, magere Frau. Lordose der Brustwirbelsäule, Puls 100. Temp. 37,5 Abdomen nicht aufgetrieben, nicht schmerzhaft, weich. Magen anscheinend stark vergrößert, reicht bis auf 2 Querfinger an die Symphyse heran. Bei der Palpation deutliche Plätschergeräusche. Links eingekeilte Schenkelhalsfraktur. Sonst keine Abnormitäten. — Verlauf: in den ersten Tagen Erbrechen grünlich galliger Flüssigkeit ohne Kotgeruch. Magenausspülung. Dabei Kollaps. — Diagnose (Dr. Lauper): Arteriomesenterialer Darmverschluß ev. Sanduhrmagen mit relativem Pylorusverschluß. Therapie: häufige Bauch- und Rechtslagerung ohne Erfolg. Deshalb Operation. Magen riesig vergrößert fast bis zur Symphyse reichend. Pylorus frei. Oberster Teil des Duodenum enorm erweitert

genau bis zu der Stelle, wo die Ralix mesenterii über das unterste Ende der Pars horizontalis inf. zieht. Jenseits davon Duodenum und übriger Darm kollabiert. Beim Heben der Radix füllt sich sofort die leere Partie mit Luft. Magen- und Duodenalinhalt wird in die peripheren Darmabschnitte entleert. Keine Gastroenterostomie wegen des schlechten Allgemeinzustandes. Tod 9 Tage nach der Operation unter heftigem Erbrechen. Sektion: Keine Peritonitis, Magen und Darm in demselben Zustande wie bei der Operation, Lordose der Wirbelsäule im Niveau der XII R, über deren höchste Spitze die Radix mesenterii verläuft. Magenschleimhaut gerötet, Wand von normaler Dicke. Im Magen 300 ccm übelriechender galliger Flüssigkeit. Sonst keine Veränderungen. *Brentano* (Berlin).

Momburg, Die intraperitoneale Ölanwendung. (*Städt. Krankenh., Bielefeld.*) Dtsch. med. Wochenschr. 39, S. 556—558. 1913.

Momburg hat in 16 Fällen intraperitoneal Öl angewandt, zweimal bei bestehender Peritonitis, 13 mal prophylaktisch postoperativ bei sogenannten unreinen Fällen und 1 mal kurz vor der Operation. In 15 Fällen wurde 1% Kampherolivenöl injiziert. Die Folge der Injektion ist eine entzündliche Reizung des Peritoneums, die bei kräftigen Menschen 3 Tage, bei schwächlichen länger dauert. In 3 Fällen trat bedrohliches Erbrechen auf, in 3 anderen quälender Hustenreiz (Fettembolie?), in zwei Fällen eine tödliche Pneumonie. Bei günstigem Verlauf weiß man nie, ob der Verlauf wegen oder trotz der Ölbehandlung günstig war. Das Öl sammelt sich nach kurzer Zeit (Sektionsbefund 12 St. nach der Injektion) im Douglas an und unterhält hier tagelang eine Entzündung, die den Verlauf ungünstig beeinflußt. Daß Öl Adhäsionen verhütet, wurde nicht beobachtet: ein Fall von Peritonitis, der relaparotomiert wurde, zeigte ausgedehnteste Verwachsungen. Die Ölbehandlung hindert das Frühaufstehen. M. hat Öl als Vehikel zur Anästhesie benutzt, weil er im Tierexperiment gesehen hatte, daß blaugefärbtes Öl eine halbe Stunde nach der Injektion sämtliche Lymphbahnen der Bauchhöhle strotzend füllte. Er verwandte zur Anästhesie Novocain 0,5, Aq. dest. 1,0, Ol. oliv. 100 und spritzte diese Lösung einem 57jähr. kachektischen Mann mit einem Pyloruscarcinom 20 Minuten vor der Operation in die Bauchhöhle ein. Die Operation konnte nicht ganz schmerzfrei, aber ohne Narkose durchgeführt werden (vor der Operation 0,01 Morphium und 0,001 Atropin). Pat. starb nach 8 Tagen. Die Operationsstelle war intakt, die Därme gebläht und im Becken Ölreste mit heftigen peritonitischen Erscheinungen. M. führt den Exitus mit auf das Öl zurück. Er warnt nach seinen Erfahrungen vor der Ölanwendung, die in jeder Art eine Schädigung des Organismus bedeutet, und deren Nutzen problematisch ist. Er läßt nur die lokale intraperitoneale Ölanwendung gelten: Ölanstrich der Operationsstelle und deren näherer Umgebung ohne jeden Überschuß von Öl zur Arretierung der Bakterien bei offenkundiger Beschmutzung durch Magen- oder Darminhalt. Auch dieser Ölanstrich soll für kräftige Individuen reserviert werden. Die prophylaktische Ölanwendung nach Höhne hat M. nicht angewandt, glaubt aber nicht, daß sie günstiger wirkt. Zum Schluß empfiehlt M. warm die Heißluftbehandlung des Abdomens nach Bauchoperationen (erste Anwendung 3 St. postop. $^1/_2$ St. lang bei 80—90° C, an den nächsten Tagen 3 mal am Tage.) *Propping* (Frankfurt a. M.).

Pape, H., Über einen Fall von akuter Wismutvergiftung von der Bauchhöhle aus. (*Pathol. Inst., Univ. Jena.*) Klin. therap. Wochenschr. 20, S. 385—394. 1913.

Nur bei Bism. subnitr., selten bei Airol und Dermatol, nicht bei Bism. carbon. sind Vergiftungen beobachtet. Bei äußerlicher Anwendung Metallvergiftung: Schwarzblaufärbung der Mundschleimhaut, dann Rötung bis Gangrän, schwere Intestinal- und Nierenstörungen, Tod durch Nervenlähmung. Bei innerlicher Anwendung Nitritvergiftung: Kollaps, intensive, livide Schleimhautfärbung, Pulsbeschleunigung, Krämpfe, Koma. Ausführlicher Sektionsbericht eines Falles von Ulcus duodeni perforatum, der etwa 4 mal 1,0 Bism. subn. bekommen hatte und dadurch zugleich akute toxische Fettdegeneration der Leber und andere Vergiftungserscheinungen zeigte. Die letale Dosis liegt viel niedriger als bisher angenommen.

Schlender (Ostrowo).

Bauchfell:

Adams, Joseph E., Hunterian lecture on peritoneal adhesions (an experimental study). (Eine Experimentalarbeit über Peritonealadhäsionen.) Lancet **184,** S. 663—668. 1913.

Sterile Wattetupfer, in die Bauchhöhle von Meerschweinchen und Kaninchen gebracht, machen Adhäsionen, die um so stärker sind je länger der Fremdkörper in der Bauchhöhle weilt und je geringer die Peristaltik des Organs ist; am größten sind die Adhäsionen mit Netz und Leber, am kleinsten mit dem Dünndarm. Gummiröhrendrainage der freien Bauchhöhle hat geringen Wert, da nach 24 Stunden die Röhre durch Fibrin fest umschlossen ist, sie hat nur Zweck bei Abscessen. Blutungen in die freie Bauchhöhle machen keine Adhäsionen, vorausgesetzt, daß das Endothel intakt ist. Sterile Peritonealverletzungen machen kaum Verwachsungen. Das Netz hat einen hervorragenden Wert durch seine große Absorptionsfähigkeit, die gleich nach dem des Zwerchfells kommt. Dann legt es sich schützend auf Peritonealdefekte, die es erreichen kann, und dient als Autoplastik, jedoch nur temporär, bis der Defekt verheilt ist. Die Bewegungen des Netzes in der normalen Bauchhöhle sind nicht ausgiebig. Losgetrennte Netzstücke werden manchmal wieder an dem Netzstumpf angewachsen gefunden, jedoch ist das nicht die Regel. Infektiöse Veränderungen des Darmperitoneums machen die Darmwand für die Spaltpilze des Darmlumens durchlässig, so daß in künstlich erzeugten Staphylokokkenabscessen später Proteus und Colierreger gefunden werden, die nur durch die Darmwand den Weg in den Absceß gefunden haben können. Öl zur Verhütung von Adhäsionen ist nicht nur nutzlos, sondern mit Öl getränkte Drainröhren machten ausgedehntere und festere Adhäsionen als trockene Gummidrains. Dagegen ist in der freien Netzplastik ein ausgezeichnetes Mittel vorhanden, Adhäsionen zu verhindern. *Gelinsky* (Berlin).

Kümmell, Endresultate der operativen und nichtoperativen Behandlung der Bauchfelltuberkulose. (Vereinig. nordwestdtsch. Chirurg. 13. Tag. 13. 1. 1913. Hamburg.) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 463—466. 1913.

Kümmell berichtet über 128 seit 1895 beobachtete Fälle von Bauchfelltuberkulose. 85 Fälle wurden operiert und zwar: wegen allgemeiner Bauchfelltuberkulose 56 mit 7 primären Todesfällen (3 mit Ileus kompliziert!). Fortschreitender Tuberkulose erlagen 19. Dauerheilungen wurden erzielt in 30 Fällen mit 5—14jähriger Heilung. 8 Fälle gehören den letzten 7 Jahren an. Wegen Coecumtuberkulose wurde in 9 Fällen operiert, davon starben 3 an progredienter Tuberkulose, 6 blieben geheilt (seit 2—9 Jahren). 5 wegen Appendititis tuberculosa operierte Fälle ergaben 2 Heilungen und 3 spätere Todesfälle. Wegen Tuberkulose der Adnexe wurde 9 mal operiert: 1 Todesfall. 8 Heilungen. Die Operation bei Tuberkulose der Mesenterialdrüsen ergab unter 3 Fällen 2 Heilungen und 1 Todesfall. Es ergeben sich somit ca. 53% Dauerheilungen bei Entfernung tuberkulös erkrankter Bauchorgane, d. h. wesentlich günstigere Resultate, als bei der allgemeinen Bauchfelltuberkulose. Seit 3 Jahren hat K. bei letzterer die Röntgenbestrahlung teils mit Operation, teils ohne vorausgegangene Operation angewendet. Von 18 Patienten starben 4 desolate Fälle, alle übrigen wurden durch die Bestrahlung günstig beeinflußt. Die Bestrahlung erfolgt ähnlich wie bei der Myombestrahlung von einzelnen Feldern mit je $^2/_3$ Erythemdosen von jedem Felde aus in aufeinanderfolgenden Tagen mit dicken Aluminiumfiltern. Ob sich der Vorschlag von Falk, die geöffnete Bauchhöhle während der Operation einmal sehr intensiv zu bestrahlen, bewährt, muß abgewartet werden. Im allgemeinen empfiehlt K. bei der exsudativen Form die Operation mit nachfolgender Bestrahlung, bei der Peritonitis tuberculosa sicca nur die Bestrahlung. *Adler* (Berlin-Pankow).

Hoevel, Operative Behandlung der Bauchfelltuberkulose. (Vereinig. nordwestdtsch. Chirurg. 13. Tag. 13. I. 1913, Hamburg.) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 466 bis 468. 1913.

Verf. berichtet über 41 Fälle von Peritonealtuberkulose aus dem Marienkrankenhause zu Hamburg, welche in den Jahren 1896—1912 operativ behandelt waren. Es war stets die Laparotomie zwischen Nabel und Symphyse ausgeführt worden mit eventuellem Ablassen des Ascites, ohne daß weitere Manipulationen in der Bauchhöhle vorgenommen wurden. Die Wunden wurden fast immer genäht, einmal mit Silberdraht, dreimal wurden sie offen gelassen. Von 33 Fällen (bis 1910 operiert) sind 16 ad exitum gekommen; von den übrigen 17 Fällen (also 50% Dauerheilungen) konnten 12 nachuntersucht werden und waren geheilt geblieben. — Von den 33 Fällen waren 10 trockene, 23 mit Ascites kombinierte Peritonealtuberkulosen. — Verf. glaubt, daß die Kombination der Peritonealtuberkulose mit einer ulcerösen Tuberkulose des Darmes bei operativer Behandlung eine besonders schlechte Prognose ergebe. *Brandes* (Kiel).

Sympson, N. S., Pneumococcal peritonitis occurring during parotitis without any lesion being discovered in the abdomen. (Im Verlauf einer Parotitis aufgetretene Pneumokokkenperitonitis ohne anderweitige Erkrankung des Abdomen.) Ind. med. gaz. **48,** S. 107—108. 1913.

Die Frage nach einem ursächlichen Zusammenhang der letal ausgegangenen Peritonitis bei einem 14jährigen Mädchen mit der bestehenden Parotitis bleibt unbeantwortet. *Draudt.*

Hernien:

Föderl, O., Herniologisches. Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 801—815. 1913.

Von Hernien mit nicht alltäglicher Lokalisation wird der Lumbalhernie Erwähnung getan, von Bruchsackvarianten der interparietale Leistenbruch in seinen verschiedenen Formen (mono- und bilocularis) und seiner mannigfachen Ausbreitung zwischen den einzelnen Schichten der Bauchwand genannt, von seltenen Bruchformen der Darmwandbruch, die Littresche Hernie, einer ausführlichen Besprechung unterzogen. Bei der Differentialdiagnose macht Verf. auf die nicht gerade häufigen Erkrankungen, die zu Irrtümern führen können, aufmerksam, so auf die Hydrocele bilocularis, die Hydrocele muliebris, die in der Leistengegend vorkommenden Lymphcysten und Geschwülste. Die Besprechung der Komplikationen von Hernien befaßt sich im genaueren mit der retrograden Incarceration. Endlich werden noch die traumatischen und die Unfallshernien kurz berührt. *Genewein* (München).

Guimbellot et J. Charles Bloch, Hernie inguinale gauche avec enkystement dans la vaginale, et étranglement rétrograde de l'intestin grêle. (Linksseitiger Leistenbruch mit Einstülpung in das Cavum vaginale und rückläufiger Einklemmung des Dünndarms.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris **88,** S. 121—124. 1913.

Bericht über eine durch Operation geheilte, eingeklemmte Astley-Coopersche Hernie. Die Einklemmungserscheinungen haben sich bei dem 29jährigen Patienten, der abgesehen von einem Hochstand des Hodens nie einen Bruch bemerkt hatte, langsam infolge schweren Hebens innerhalb 2 Tagen entwickelt. Eine Skizze zeigt die Einstülpung des Bruchsackes nach dem Cavumvaginale des Hodens hin, ohne daß dies Cavum bis zum Leistenring hinaufreicht. Interessant ist die S-förmige Einklemmung des Dünndarms; die beiden äußeren Schlingen zeigten nach dem Bruchsack hin, während die mittlere nach innen nach der Bauchhöhle zu lag, so daß durch Einklemmung und Verwachsungen am Bruchring 3 Ausstülpungen einer Dünndarmschlinge gleichzeitig eingeklemmt waren. *Kaerger* (Berlin).

Harzbecker, Über den Verlauf der Hernia pectinea. (Berl. Ges. f. Chirurg. Sitzg. 13. I. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 470—471. 1913.

Fall von Hernia pectinea, bei dem durch Operation festgestellt wurde, daß der Bruchsack durch eine Lücke des Lig. Gimbernati unter die Fascia pectinea bzw. in die Muskelfasern gelangt war.

Durch Leichenuntersuchungen hat Harzbecker festgestellt, daß die Fascia pectinea in ihrem medialsten Teile sich von der vorderen Kante des horizontalen Schambeinastes vom Muskel abhebt und am Lig. Pouparti ansetzt. Dadurch ist — neben den anderen bekannten Ursachen — das Hineingelangen des Bruchsackes in die Fasern des Muscul. pectin. möglich. *Bode* (Göttingen).

Magen, Dünndarm:

Duncan, Harry A., Postoperative dilatation of the stomach. (Postoperative Magendilatation.) New York med. journal **97**, S. 502—503. 1913.

37jährige Frau mit Gallensteinbeschwerden (zwanzig kleine Gallensteine wurden in mehreren Wochen im Stuhl gefunden), litt an periodischem Erbrechen massenhafter grüner Flüssigkeit. Bei der Operation wurden keine Steine gefunden, die verdickte Gallenblase drainiert und die gleichseitige Wanderniere fixiert. Danach dauerndes Erbrechen, am 7. Tage Tod. Obduktion ergab keine Peritonitis, sondern einen enorm dilatierten Magen, der die ganze Bauchhöhle bis zum kleinen Becken ausfüllte und ein armdickes Duodeum bis Flexura duodeno-jejunalis. Von dort ab Dünn- und Dickdarm kollabiert (arterio-mesenterialer Darmverschluß). Besprechung der bekannten Behandlung mit Magenschlauch und Knieellenbogenlage. *Gelinsky* (Berlin).

Orth, Oskar, Partieller Volvulus des Magens. (*Chirurg. Klin., Innsbruck.*) Wien. klin. Wochenschr. **26**, S. 457—459. 1913.

Genaue Beschreibung eines Falles von partiellem Volvulus des Magens durch strangartige Adhäsionen nach Gastroenterostomie wegen Ulcus pylori. Akutes Auftreten der Erscheinungen von dem Momente an, wo die Gastroenterostomie in die Drehung einbezogen wurde. 3 Abbildungen, Literatur. *Thiemann* (Jena).

Flebbe, Georg, Über das Magensarkom. (*Städt. Krankenh., Wiesbaden.*) Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. **12**, S. 311—336. 1913.

Ausführliche makro- und mikroskopische Beschreibung eines primären Lymphosarkoma Kundrat des Magens, das bei 22jähr. ♂ nach 10 monatl. Beobachtung zum Tode führte und zahlreiche Lymphdrüsenmetastasen aufwies. Die bis jetzt bekannten 157 Fälle von Magensarkomen werden zusammengestellt und kritisch gewürdigt: Wie beim Carcinom des Magens ist auch beim Sarkom eine Bevorzugung des Alters über 40 Jahre deutlich. Die jugendlichen Fälle sind hauptsächlich Lymphosarkome; ihr Durchschnittsalter beträgt 29 Jahre gegenüber 51 Jahren bei Spindelzellensarkomen. Die Differentialdiagnose zwischen Lymphosarkom und Rundzellensarkom muß hauptsächlich auf Grund des bei ersterem lymphdrüsenähnlich gebauten Fasergerüsts gestellt werden. (Bielschofsky-Silberimprägnierung!). Die Spindelzellensarkome entwickeln sich meist „exogastrisch" und sind — nach Radikaloperation — prognostisch günstiger zu beurteilen als die „gastrischen" Rundzellensarkome. *Zieglwallner* (München).

Amelung, Gestieltes Myosarkom der Magenwand. (*Ver. f. wiss. Heilk., Königsberg i. Pr.*) Berl. klin. Wochenschr. **50**, S. 567. 1913.

Bei einem 50jährigen Mann konnte man eine kindskopfgroße, prall elastische Geschwulst im r. Epigastrium feststellen. Die Laparotomie ergab einen größtenteils cystischen Tumor, der hämorrhagische Flüssigkeit enthielt und mit einem soliden Stiel von 2½ cm Dicke an der Magenwand 7 cm oberhalb des Pylorus inserierte. Mikroskopisch enthielt der Stiel fibröses Gewebe und glatte Muskelfasern, die Cystenwandung Sarkomgewebe. Das Sarkom war offenbar aus dem Fibromyom entstanden, die Cystenbildung durch Blutung in den Tumor bedingt. Die klinische Diagnose ist nicht zu stellen. Patient ist jetzt, ¾ Jahr nach der Operation, noch gesund. *Propping* (Frankfurt a. M.).

Guillot, Maurice, Image diverticulaire de l'estomac, ne correspondant pas à une perte de substance de la paroi gastrique. (Bild eines Magendivertikels, das von der Magenwand durch einen Substanzverlust getrennt erscheint.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 222—223. 1913.

Es handelt sich um die Deutung eines Röntgenbefundes bei einem 65jährigen Manne, welcher seit ungefähr 30 Jahren an Magenbeschwerden litt; in letzter Zeit wurden die Schmerzen heftiger, auch traten Schluckbeschwerden auf. Das Röntgenbild zeigte: 1. eine Sackbildung des Oesophagus, wie man sie bei Neoplasmen der Kardia findet; 2. eine Divertikelbildung in Form eines Doppelspornes an der kleinen Kurvatur, scheinbar durch Übergreifen des Neoplasma auf diese Region; 3. eine große Ausbuchtung der großen Kurvatur, die jedoch vom Magen getrennt erscheint. Guillot konnte bei der Laparotomie, welche er zwecks Gastrostomie ausführte, feststellen, daß der letzterwähnten Ausbuchtung entsprechend an der großen Kurvatur keinerlei pathologische Veränderung zu finden war. Er meint, daß das Röntgenbild aus einer vorübergehenden, anormalen Contractur des Magens zu deuten sei, und der Fall beweise zugleich die Überlegenheit der radioskopischen Untersuchungen gegenüber der Radiographie. *Gergö* (Budapest).

Bruegel, Carl, Bewegungsvorgänge am pathologischen Magen auf Grund röntgenkinematographischer Untersuchungen. Erwiderung auf die Bemerkung von Holzknecht und Haudek. Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 593. 1913.

Verf. betont, daß callöse Ulcera, Wandinfiltrate und Adhäsionen eine von ihm zuerst beschriebene breite horizontale präpylorische Abschlußlinie hervorrufen können, die, falls sie bei kinematographischer Untersuchung und bei Ausschluß der Sedimentierungsmöglichkeit konstant ist, diagnostische Bedeutung besitzt, aber nicht ausschließlich pathognomonisch ist für obige Krankheitszustände. Sie besagt, daß Teile der antralen Muskulatur die Fähigkeit verloren haben, sich gleichsinnig konzentrisch von allen Seiten zusammenzuziehen. Durch die Operationen wurden diese Befunde bestätigt. Durchleuchtungen und Serienaufnahmen müssen sich ergänzen. *Philippi* (Karlsruhe).

Schlesinger, Emmo, Die Ergebnisse der Röntgenuntersuchung beim Ulcus ventriculi. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 552—554. 1913.

Unter den verschiedenen auf Ulcus gerichteten Röntgenuntersuchungen glaubt Schlesinger durch folgende, von ihm systematisch geübte Methode, am meisten erschöpfende objektive Befunde erheben zu können: Zunächst Durchleuchtung in 4 Intervallen, entsprechend der in 4 einzelnen Portionen zu erfolgenden Verabreichungen des Breies. Hat die Summe dieser Durchleuchtungen nichts ergeben, so folgen eine dorsoventrale, eine frontale und eine in rechter Seitenlage vorzunehmende Aufnahme. Hieran schließt sich die Motilitätsprüfung mit 1—3 ganz kurzen Durchleuchtungen, und sofort nach Leerung des Magens eine Untersuchung auf konstante Schatten. Zum Zwecke der Ergänzungsuntersuchung scheinen S. Metallsuspensionen geeignet, weniger angebracht im Interesse des Untersuchenden die Palpation während der Aufnahme, im Interesse des Patienten die Anfüllung mit Luft. S. bespricht sodann die positiven, diagnostisch verwertbaren Ulcussymptome, welche bei einer nur kleinen Zahl von Ulcera völlig fehlen, bei einer erheblich größeren Anzahl derselben aber in nicht genügend ausgeprägter Form vorhanden sein können. Eine Einengung dieser letzteren umfangreichen Gruppe verspricht sich S. in erster Linie von der Mithilfe der Chirurgen, welche auch solche Fälle, bei denen die Indikation zur Operation klinisch festliegt, systematisch mit dem Röntgenverfahren durchuntersuchen und die Resultate dieser Untersuchungen bekannt geben sollten. Daneben betont S., daß die verläßlichste Basis für eine Röntgenuntersuchung eine abgeschlossene klinische darstellt. *Rehn* (Jena).

Chace, Arthur F., Diagnosis of gastric ulcer. (Die Diagnose des Ulcus ventriculi.) (Transact. of the clin. soc. of the New York post-graduate school a. hosp., meet. 20. XII. 1912.) Post-graduate **28,** S. 107—110. 1913.

Lloyd, Samuel, Surgical treatment of gastric ulcer. (Chirurgische Behandlung des Ulcus ventriculi.) (Transact. of the clin. soc. of the New York post-graduate school a. hosp., meet. 20. XII. 1912.) Post-graduate **28,** S. 129 bis 132. 1913.

Verf. gibt eine kurze Übersicht über die beim Magenulcus vorzunehmenden Operationen. Akute Ulcera sind möglichst schnell zu operieren. Beim chronischen Ulcus ist die Excision vorzuziehen. Auch beim Pylorusulcus ist, wenn möglich, die Resektion auszuführen, oder, wenn eine Gastroenterostomie angelegt wird, die Pylorusausschaltung anzuschließen. *Hinz.*

Kast, Ludwig, The etiology of gastric ulcer. (Die Ätiologie des Ulcus ventriculi.) (Transact. of the clin. soc. of the New York post-graduate school a. hosp., meet. of dec., 20., 1912.) Post-graduate **28,** S. 110—114. 1913.

Im gesunden Magen mit normaler Widerstandskraft kommt ein Ulcus pepticum nicht zustande. Den Beweis erbringt das Ulcus simplex im Anschluß an Traumen, Operationen usw., das bei vorhandener ungestörter Durchblutung infolge eines in der Magenwand gebildeten antipeptischen Fermentes schnell wieder ausheilt. Bei der Entstehung des typischen Ulcus pepticum spielen wahrscheinlich allgemeine Störungen, wie Anämie, Chlorose, Arteriosklerose, Endarteriitis, Autointoxikation u. a., eine Rolle. Genaueres wissen wir darüber jedoch nicht. *Hinz* (Berlin).

Jonas, Siegfried, Über das Verhalten verschiedenartiger Strikturen im Magen und Duodenum bei Milchdiät und ein Verfahren zur Diagnostik spastisch-ulceröser Strikturen daselbst. Wien. klin. Wochenschr. **26,** S. 401—406. 1913.

Jonas hat unter Zugrundelegung der Erfahrung, daß bei Milchdiät die von Ulcerationen im Magen herrührenden Schmerzen sofort aufhören, Untersuchungen angestellt, welche die Benutzung dieses Symptoms zur Diagnosenstellung betrafen. Die Ergebnisse seiner durch Röntgenbefunde ergänzten Ausführungen sind folgende:

Eine Striktur im Magen oder Duodenum ist im selben Maße durch Milchdiät beeinflußbar wie das ihr zugrunde liegende Agens. Die mechanischen Strikturen zeigen daher keine Änderung bei Milchdiät, dagegen schwinden bei ihr diejenigen Verengerungen, die auf Ulcerationen beruhen und autochthoner oder reflektorischer Natur sind. Aus dem Schwinden der Strikturerscheinungen: Einziehung oder Sechsstundenrest im Magen oder Duodenum bei kurzer Milchdiät kann auf das Zugrundeliegen einer Ulceration geschlossen werden, während der Schluß aus dem Verbleiben der Strikturerscheinungen bei Milchdiät auf Fehlen einer Ulceration nicht zulässig ist. Die Methode der Durchleuchtung vor und bei Milchdiät dient zur Feststellung, ob eine Striktur im Magen oder ein Sechsstundenrest im Duodenum auf einer Ulceration beruht, und ob ein weniger als die Hälfte der Wismutmahlzeit betragender Sechsstundenrest im Magen bei normalem Pylorus auf Ulcerationen im Magen oder Duodenum beruht. *Nordmann* (Berlin).

Wathen, William H., When is operative treatment indicated in chronic dyspepsia? (Wann ist operative Behandlung bei chronischer Dyspepsie indiziert?) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 714—717. 1913.

Verf. legt dar, wie durch die häufigen Autopsieen in vivo unsere Anschauungen über Erkrankungen der Bauch- und Beckenorgane vielfach eine völlige Wandlung erfahren haben, insbesondere sind Störungen seitens des Magens, die früher als Krankheit sui generis aufgefaßt wurden, als Folgen von Allgemeinerkrankungen oder Erkrankungen anderer Organe erkannt. Bei der früher so häufig diagnostizierten „chronischen Dyspepsie" besteht in 90% der Fälle keine pathologische Affektion des Magens, in nur etwa 30 % handelt es sich um irgend eine abdominelle Erkrankung, die operativer Behandlung bedarf, während den übrigen Fällen entweder eine interne Erkrankung eines Bauch- oder Beckenorgans oder eine Allgemeinerkrankung zugrunde liegt. *Wehl* (Celle).

Porges, Otto, Über reflektierte Schmerzen bei inneren Krankheiten und ihre diagnostische Verwertbarkeit. (*I. med. Klin., Wien.*) Klin. therap. Wochenschr. **20,** S. 349—356. 1913.

Die Erkrankung eines inneren Organs führt zu Schmerzen in denjenigen Haut- und Muskelgebieten, die aus denselben Rückenmarksabschnitten mit sensiblen Nerven versorgt werden. Aus dem Vorhandensein dieser Schmerzen und ihrer Lokalisation sowie aus dem Nachweis hyperästhetischer Zonen in gewissen Gebieten ergeben sich diagnostische Fingerzeige, die bei den verschiedensten Erkrankungen innerer Organe wertvoll sein können. So macht z. B. das Ulcus ventriculi bestimmte Hyperästhesien im Gegensatz zum Magencarcinom, bei welchem derartige Zonen meist fehlen. So fehlen weiterhin bei Erkrankungen des Wurmfortsatzes Hyperästhesiezonen im Gegensatz zu Nephrolithiasis, Pyelitis u. a. m. Die weiteren speziellen Angaben müssen im Original nachgelesen werden. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Sasse, F., Ulcus callosum ventriculi totale (Schrumpfmagen), Exstirpation, nebst Bemerkungen über den dauernden Verlust des Magens sowie über die Technik der Magenresektion. (*St. Marienkrankenh., Frankfurt a. M.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 650—651. 1913.

Demonstration eines in toto resezierten hochgradigen Schrumpfmagens. Der ganze Magen, der im Röntgenbild nur als ein schmaler, gut daumenbreiter, leicht bogenförmig vom Oesophagus zur Pylorusgegend verlaufender Schatten imponiert hatte und im übrigen klinisch als maligne Pylorusstenose gedeutet war, ist von einem callösen Ulcus eingenommen; die Magenwandung ist 1—2 cm dick, hauptsächlich durch Beteiligung der Submucosa. Carcinom nicht festzustellen. Klinisch bemerkenswert war, daß weder Bluterbrechen je aufgetreten war noch auch Blut chemisch hatte nachgewiesen werden können. Aus dem Umstand, daß Patient den Eingriff gut überstanden und in einem Zeitraum von $1^1/_2$ Jahren nach der Operation 52 Pfund an Gewicht zugenommen hatte, schließt Sasse, daß in ernährungs-physiologischer Hinsicht der dauernde Verlust des ganzen Magens keine nachteiligen Folgen für die Ernährung bietet. Die Operation selbst führte S. in der Weise aus, daß der Magen zunächst nach Isolierung an der kleinen und großen Curvatur am Pylorus durchschnitten wurde; dann durchtrennte S. aber den Magen nicht sofort auch am Oesophagus, sondern der isolierte Magen wurde zunächst gewissermaßen als Zügel benutzt, um Cardia und Oesophagus

herunterzuziehen. Erst nachdem die durch einen Schlitz des Mesocolons hervorgezogene oberste Jejunumschlinge auf der Hinterfläche der Cardia fest vereinigt war, erfolgte die Abtragung des Magens und die Vollendung der Anastomose in üblicher Weise. S. empfiehlt diese Art des Vorgehens bei der Operation als ganz außerordentlich zweckmäßig. *Knoke.*

Tanton, J., et Grenier, Ulcère de l'estomac; perforation de la rate, du diaphragme et du poumon par propagation. Hématémèses répétées; transfusion sanguine. Mort. (Magengeschwür; Durchbruch desselben in die Milz und Übergreifen des geschwürigen Zerfalles auf Zwerchfell und Lunge. Wiederholtes Bluterbrechen; Bluttransfusion. Tod.) Progrès méd. **41,** S. 154—156. 1913.

Dem Titel ist noch hinzuzufügen, daß der genaue Befund erst bei der Obduktion erhoben wurde. Bei der Bluttransfusion wurden die Gefäße des Blutgebers und Blutnehmers mangels geeigneter Instrumente durch ein einfaches Glasrohr in Verbindung gebracht und sie gelang trotzdem gut. *v. Winiwarter* (Wien).

Faroy, G., Résultats du traitement chirurgical de 69 cas de cancers et ulcérocancers gastriques. (Resultate der Behandlung von 69 Fällen von Carcinom und Ulcuscarcinom des Magens.) Arch. d. malad. de l'app. dig. et de la nutr. **7,** S. 61—85. 1913.

Mathien operierte seit 1907 120 Magencarcinome, von denen er bei 69 das Endergebnis feststellen konnte. Kein Fall endgültiger Heilung. Von 39 Gasteroenterostomien lebte 1 Fall 2 Jahr, 3 über 10 Monate, 8 Probelaparotomien endeten in kurzer Zeit, 1 Fall totaler Resektion lebte 3 Jahre. Das beste Resultat bei den Pylorusresektionen lieferte ein Fall von 4 Jahren 6 Monaten. Der Exitus erfolgte durch allgemeine Kachexie, erneute Stenosen oder Metastasenbildung. In einem Falle entwickelte sich später eine Lungentuberkulose. *Coste* (Magdeburg).

Wetterstrand, G. A., Zur Klinik und Therapie des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs. (*Chirurg. Univ.-Klin., Helsingsfors.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 393—424. 1913.

Bis zum Januar 1911 sind in der chirurgischen Klinik in Helsingfors 66 perforierte Magen- und 6 perforierte Duodenalgeschwüre beobachtet worden. An der Hand dieser Fälle erörtert Verf. die Pathologie, Klinik und Therapie der perforierten Magen- und Duodenalgeschwüre. Weitaus die Mehrzahl der Patienten waren Männer. Am Magen fand sich die Perforation meist in der Pars pylorica. Die Mortalität schwankte in den letzten Jahren zwischen 30 und 50% und hängt davon ab, wieviel Stunden nach der Perforation die Operation ausgeführt werden konnte. Von den frühzeitig Operierten konnten drei Viertel gerettet werden, während bei über 24 Stunden alten Fällen kaum mehr als ein Drittel durchkam. In den meisten Fällen wurde die Bauchhöhle ausgiebig gespült und drainiert, doch wurde mit dem trockenen Austupfen der Bauchhöhle im allgemeinen derselbe Erfolg erzielt. Das Operationsverfahren war nicht schematisch, sondern dem jeweiligen Fall angepaßt. Meistens genügt die Übernähung teils ohne, teils mit gleichzeitiger Gastroenterostomie. *v. Tappeiner* (Greifswald).

Neumann, A., Weitere Erfahrungen mit der Verwendung der Netzmanschette, insbesondere bei der Behandlung des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs. (*Städt. Krankenh. am Friedrichshain, Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 554—556. 1913.

Das Wesentliche bei der Verwendung der Netzmanschette nach Neumann besteht darin, daß bei einem perforierten Magenulcus ein Drain durch die Perforation und den Pylorus bis ins Duodenum, bei einem perforierten Duodenalulcus ein Drain durch die Öffnung ins Duodenum geführt wird, daß der Drainteil zwischen Magen, Darm und Peritoneum parietale mit Netz umwickelt wird und der Schlauch durch die Bauchwunde nach außen geleitet wird. Es genügt nach N. die Netzmanschette mit einer einreihigen Naht in die Umgebung der Perforation am Magen bzw. Duodenum zu fixieren; eine Tamponade neben dem Netz hat sich als überflüssig erwiesen. Die erste Ernähung durch das Drain erfolgt 6—24 Stunden nach der Operation. Bis dahin pflegen durch das Drain große Flüssigkeitsmengen abzufließen, wodurch es einem weiteren guten Zwecke dienstbar gemacht wird. Bis zum 5. Tage erfolgt ausschließliche Ernährung durch das Drain, dann wird Beinahrung per os gegeben. Zwischen dem 12. und 17. Tage wird das Drain entfernt, worauf sich die Öffnung schnell zu schließen pflegt. Das Verfahren ist von N. in 19 Fällen benutzt und hat sich stets bewährt. Gleichzeitig teilt N. seine Erfahrungen in der chirurgischen Behandlung des perforierten Magen- bzw. Duodenalulcus mit. Er hat auf seiner

Abteilung im ganzen 31 Fälle operiert, davon 13 mit Benutzung der Netzmanschette. Bei seinen gesamten operierten Fällen hatte er eine Mortalität von 55%, bei 13 in den ersten 12 Stunden operierten Fällen 7,7% Sterblichkeit. Die Bauchhöhle wurde stets gespült. Bei den 13 mit Netzmanschette operierten Fällen handelte es sich elfmal um Duodenalgeschwüre am Pylorus, ein präpylorisches Magengeschwür, und einmal um ein Ulcus hoch oben an der Kardia. Von diesen Fällen wurden 7 geheilt, 6 starben. Letztere kamen alle 18 Stunden und später zur Operation, und alle im schlechtesten Allgemeinzustande. Von den geheilten waren 5 von vornherein günstig; bei ihnen lag die Perforation 2—12 Stunden zurück. Ein 6. Patient war stark kollabiert, obwohl die Perforation erst 6 Stunden zurücklag, und der 7. hatte eine allgemeine eitrige Peritonitis nach einer Perforation, die 48 Stunden zurücklag.

N. fügt dann die Verwendungsmöglichkeit der Netzmanschette bei der transduodenalen Hepaticusdrainage nach Voelker und bei der Gastrostomie an. Letztere hat er sechsmal ausgeführt. Er glaubt, daß auf diese Weise die Nachteile der Fixation des kleinen, geschrumpften Magens am Peritoneum parietale vermieden werden, und hat den Eindruck gewonnen, daß die Patienten sich nach der Gastrostomie mit Netzmanschette viel schneller erholten als nach der bisher üblichen Methode.

Nordmann (Berlin).

Hiltmann, Eduard, Duodenalgeschwüre und Trauma. (*Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.*) Ärztl. Sachverst.-Zeit. **19**, S. 140—142. 1913.

Einschlägige Literatur. 51 jähriger Mann erlitt während der Arbeit eine Schenkelhalsfraktur. Am 9. Tage Decubitus sacralis, am 23. Tage Blutstühle, am 46. Tage profuse Darmblutungen und Exitus. Bei der Sektion finden sich u. a. septische Thrombose der Vena femoralis, brachialis und cubitalis, Endocarditis verrucusa mitralis und Cholecystitis purulenta. Ein ursächlicher Zusammenhang dieser beiden letzten Veränderungen mit vier Duodenalulcera wird abgelehnt, dagegen nimmt Verf. an, daß die Ulcera als Folge der Kreislaufstörungen, die ihre Ursache in der septischen Gefäßthrombose hatten, entstanden seind. *Kleinschmidt.*

Kreuzfuchs, Siegmund, Über das Ulcus duodeni. Med. Klin. **9**, S. 444—450. 1913.

Kreuzfuchs gibt zuerst eine Übersicht über die Geschichte des Duodenalgeschwürs und wendet sich dann der Statistik zu, wobei er die bekannten Arbeiten von Perry und Shaw sowie von Rosenbach, Scheel und Gruber anführt, sowie die Daten aus dem pathologischen Institut der Landeskrankenanstalt in Brünn, wo unter 5764 Obduktionen 24 Ulcera duodeni gefunden wurden, also in 0,416% aller Fälle. Wie sich aus den oben angeführten Arbeiten ergibt, erkranken Männer bedeutend häufiger als Frauen, das 40.—60. Lebensjahr ist am stärksten belastet. Während intra vitam früher verhältnismäßig nur wenige Fälle diagnostiziert wurden, glaubt K. daß es jetzt möglich sei, das Ulcus duodeni mit einer Sicherheit von mindestens 90% zu diagnostieren. Er hat deshalb an dem Material der Poliklinik zu Wien unter Obwaltung der strengsten Kritik die Häufigkeit des Duodenalgeschwürs herauszubekommen gesucht und glaubt, daß er für die Richtigkeit der Diagnose bei Fällen mit der Trias: Anamnese, Hyperacidität, typischer Röntgenbefund eintreten kann. Auf 2595 interne Fälle, darunter ca. 650 Magenkranke, kamen 28 Fälle mit typischer Anamnese und typischem Röntgenbefund bei meistens Hyperaciden. 10 Fälle boten die typische Anamnese ohne den typischen Röntgenbefund; trotzdem können diese auch noch als wahrscheinliche Fälle angesehen werden. Bei 117 Fällen bestand duodenale Magenmotilität ohne typische Anamnese. Von diesen Fällen sind 8 mit ausgesprochener Hyperacidität zugunsten eines Duodenalgeschwürs zu verwerten, da die Operation bei Fällen mit Hyperacidität und duodenaler Magenmotilität sehr häufig Ulcus duodeni ergibt. Alles in allem rechnet K. mit 29, d. h. 1,1% sicheren und knapp 0,7 fast an Sicherheit grenzenden Fällen, also im ganzen mit 1,8%, wobei die Fälle, bei denen nur eine duodenale Magenmotilität diagnostiziert wurde, ausscheiden, da aus dem Röntgenbefunde allein keine sicheren Schlüsse zu ziehen sind. Was die Pathologie betrifft, so sitzt das Geschwür nach übereinstimmender Ansicht aller Autoren meist im ersten Abschnitt des Duodenum, und zwar an der Vorderwand, bei ca. 10% bestehen mehrere Geschwüre. Ein Zusammenhang mit anderen Erkrankungen des Bauches, besonders mit Appendicitis

läßt sich in manchen Fällen nachweisen, weshalb es ratsam ist, bei der Operation die Appendix gleich mit zu entfernen. Unter den Symptomen sind die subjektiven von viel größerer Bedeutung als die objektiven, da letztere nur in einem geringen Prozentsatz der Fälle deutlich ausgesprochen sind, während man die ersteren ganz konstant findet. Besonders trifft dies zu bei der Hämorrhagie und der Druckempfindlichkeit, letztere deutet darauf hin, daß eine umschriebene akute Peritonitis um das Geschwür besteht. Auch das objektive Zeichen der Hyperacidität findet sich nur bei ca. 40 %. Bezüglich der subjektiven Symptome beruft sich K. auf das Buch Mognihans „Das Ulcus duodeni", dessen deutsche Ausgabe er besorgt hat und dessen Angaben die Grundlage seiner Arbeit bilden. Was die Wertigkeit der einzelnen Symptome betrifft, so ist das typischste die Periodizität der Schmerzanfälle, „die Attacken", nächstdem der Nachtschmerz; über die Wertigkeit des Hungerschmerzes gehen die Ansichten der Autoren auseinander. Anstatt Hungerschmerz schlägt K. den Ausdruck Spätschmerz vor. Er wendet sich dann zu der Röntgenuntersuchung, wobei er die Richtigkeit der von anderen Autoren gemachten Beobachtungen bestätigt, daß ein im ersten Abschnitt des Duodenums liegenbleibendes Wismutdepot auf ein taschenbildendes Geschwür hinweist. Die gesteigerte Entleerungsgeschwindigkeit des Magens (duodenale Magenmotilität) ist für das Duodenalgeschwür charakteristisch, nicht aber pathognomonisch. Losgelöst von der klinischen Untersuchung und der Mageninhaltsprüfung kann sie weder über die Art noch den Sitz der Erkrankung Aufschluß geben. Eine der wichtigsten Erkenntnisse, die der Röntgenuntersuchung zu verdanken ist, ist die, daß der Spätschmerz durch einen spät einsetzenden Pylorospasmus und nicht durch einen späteren Beginn der Magenentleerung bedingt ist. Das Duodenum ist also einer stundenlangen chemischen und mechanischen Irritation ausgesetzt, ehe es sich durch den späten Pylorospasmus dagegen wehrt, deshalb ist die einzig richtige Therapie die Gastroenterostomie entweder mit Einfaltung des Geschwürs oder mit Ausschaltung des Pylorus. Wenn eine Hämorrhagie besteht, soll stets die Operation ausgeführt werden, bei nicht blutenden Geschwüren nur dann, wenn der Kranke seines Leidens und der inneren Behandlung überdrüssig, dieselbe verlangt. *Voswinckel* (Berlin).

Davis III, Nathan S., Diverticula of the duodenum. (Divertikel des Duodenum.) (*Rush med. coll.*) Transact. of the Chicago pathol. soc. 9, S. 1—7. 1913.

In den 5 Fällen des Verf. — bisher sind 56 veröffentlicht — fanden sich Divertikel nur im absteigenden und transversalen Teil entlang dem Gekröseansatz. Größter Durchmesser 1 bis 5 cm. Angeborene (wahre) Div. weisen alle 3 Schichten der Darmwand auf; erworbene (falsche) sind wahrscheinlich herniöse Ausstülpungen (Klebs) der Schleimhaut durch eine Spalte der Muscularis und entstehen durch Zug der mesenterialen Gefäße. *Zieglwallner* (München).

Bartlett, Willard, The technic of gastro-enterostomy. (Technik der Gastroenterostomie.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 511—512. 1913.

Verf. geht so vor, daß er Magen und Darm erst mit 2 Haltefäden aneinander fixiert, dann sein Halteinstrument anlegt und die Gastroenterostomie ausführt. Das Instrument besteht aus 3 Blättern, zwisches denen Magen und Darm durch Schraubenwirkung nach Belieben stark eingeklemmt werden. 6 Abbildungen machen den Gang der Operation deutlich. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Joseph, Zur Technik der Gastroenterostomie. (Berliner Ges. f. Chirurg., Sitz. v. 10. u. 24. II. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 517. 1913.

Beschreibung eines Instrumentes, das gestattet, die Eröffnung der Anastomosenöffnung bis nach Vollendung der Naht zu verschieben. Es besteht aus einer Klemme, die zunächst die Darmteile aneinanderhält. Nach Beendigung der Naht wird durch Hinundherziehen eines an der Klemme angebrachten Messerchens die Eröffnung der Anastomose vollzogen, ganz nach Analogie des durchreißenden Fadens bei Anlegung einer Eckschen Fistel. *Neumann* (Heidelberg).

Unger, Ernst, Über totale Entfernung des Magens. (*Pathol. Inst., Berlin, Krankenh. Pankow.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 500—502. 1913.

Nach Krönlein darf als totale Exstirpation des Magens nur diejenige Operation gelten,

bei der sowohl der Pylorus als auch der Introitus ventriculi entfernt werden. Unger berichtet nun über eine solche, welche er am 8. Juli 1912 wegen Carcinom ausgeführt hat. Die Vereinigung der Speiseröhre mit dem Duodenum durch Naht gelingt nach Mobilisierung leicht. Sicherung der Naht durch eine aus alten zur Milz hinziehenden Schwarten gebildete und aufgenähte Manschette. Die Patientin befindet sich seither bei gutem Wohlbefinden und kann jegliche Nahrung ohne Beschwerden zu sich nehmen. Der Beweis, daß es sich um eine totale Magenexstirpation im Sinne Krönleins handelt und keine sezernierende Magenschleimhaut zurückgelassen wurde, wird auch noch durch die chemische Untersuchung von Harn und Blut erbracht. *Reinhardt.*

Le Roy des Barres, Ligature et guérison d'une plaie de la coronaire stomachique. (Verletzung der Arteria coronaria ventr.: Ligatur, Heilung.) (Soc. de chirurg. de Paris.) Prov. méd. 26, S. 142. 1913.

Stoß gegen das Epigastrium. Die sofort vorgenommene Laparotomie ergibt eine tangentiale, nicht penetrierende Verletzung der kleinen Kurvatur des Magens und einen Riß im Omentum minus. Arteria und Vena coronaria waren verletzt und mußten ligiert werden. Heilung ohne Zwischenfall. *Adler* (Berlin-Pankow).

Reid, Douglas G., Studies in the intestine and peritoneum in the human foetus. P. 4. The septum bursarum omentalium and the areas of gastric adhesion. (Studie über den Darm und das Bauchfell beim menschlichen Foetus. T. 4. Das Septum der bursae omentalis und die Stätten der gastrischen Adhäsion.) Journal of anat. a. physiol. Bd. 47, S. 255—267. 1913.

Schwabe, Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der Verletzung des Duodenums durch stumpfe Gewalt. Ärztl. Sachverst.-Zeit. 19, S. 137—140. 1913.

$28^1/_2$jähriger Bergmann wurde im Abrutschen mit Kohlen in eine Kohlenrolle von fallenden Kohlenstücken in der Oberbauchgegend getroffen. Tod nach 15 Minuten. Sektion ergab als Todesursache Verblutung in die Bauchhöhle infolge von totalem Abriß des Duodenums unmittelbar am Pylorus. Der Mechanismus der Verletzung ist nach Verf. folgender: Beim Versuch, sich beim Abrutschen zu halten, wurde der Oberkörper nach hinten geworfen und dadurch der Pylorusteil des (leeren) Magens über der Wirbelsäule stark gespannt. Dazu kommt die Zugwirkung des Darmes durch das Beharrungsvermögen in der Bewegung nach unten beim Aufstoßen der Füße und die Abquetschung des Darmes durch einen die Oberbauchgegend in diesem Augenblick treffendes Kohlenstück. Verletzung der Bauchdecken war nicht vorhanden. Literatur. *Kleinschmidt* (Leipzig).

Zahn, Friedrich, Ein Fall von Volvulus des ganzen Dünndarms des Coecums und Colon ascendens bei Mesenterium ileocoecale commune. Diss. Erlangen, 1913. 31 S. (Jacob.)

Verf. gibt den Sektionsbefund eines unter den Erscheinungen des mechanischen Darmverschlusses gestorbenen 6jährigen Kindes. Es handelte sich um einen Volvulus des ganzen Dünndarms, des Coecums und Colon ascendens, der dadurch bedingt war, daß die normalerweise stattfindende Fixation des Col. asc. und Coec. unterblieben war und so ein gemeinsames Mesenterium ileocoecale bestand. Der Darmkanal selbst zeigte keine Entwicklungshemmung. Infolge der Torsion war es zum Verschluß von Jejunum und Ileum sowie der Mesenterialgefäße gekommen, Magen und Duodenum war hochgradig gebläht. Außer diesem vom Verf. beschriebenen Fall sind in der Literatur noch 15 gleiche Beobachtungen bekannt. In der zweiten Hälfte der Arbeit bespricht Verf. die Momente, die für das Zustandekommen eines Volvulus eines Darmabschnittes erfüllt sein müssen, wobei er sich den Anschauungen von Wilms anschließt. *v. Tappeiner* (Greifswald).

Muggia, Alberto, Ileo acuto da persistenza del diverticolo di Meckel. Osservazione clinica. (Akuter Ileus infolge Meckelschen Divertikels.) Pediatria 21, S. 44—54. 1913.

Nachdem Verf. an der Hand verschiedener, aus der Literatur gesammelten Fälle die Ursachen, die pathologisch-anatomischen und klinischen Erscheinungen der Meckelschen Divertikel besprochen hat, schildert er selbst einen einschlägigen Fall.

Es handelte sich um einen 6jährigen Knaben, der unter den stürmischen Zeichen einer Bauchfellentzündung erkrankte. Bei der Baucheröffnung wurde in der Nähe der ileo-coecal-Klappe am Ileum ein Meckelsches Divertikel angetroffen, welches sich in zwei Zweige teilte. Der eine, das Ileum strangulierende Teil ging zur Wurzel des Mesenteriums, der andere zur vorderen Bauchwand in die Nähe des Nabels, es handelte sich mithin um ein Persistieren des Ductus omphalo-mesentericus. Verf. trennte den zum Mesenterium gehenden und das Ileum strangulierenden Teil ab, ohne aber das Divertikel gänzlich fortzunehmen, da die Operation wegen drohenden Kollapses des Kranken abgekürzt werden mußte. Zwei Stunden nach der

Operation starb der Knabe. Am Schluß der Arbeit werden die Arten der Darmokklusionen durch freie und adhärente Meckelsche Divertikel besprochen (direkte Zugwirkung, direkte Abquetschung des Darms, Torsion und Ringbildung des Divertikels). *Herhold* (Hannover).

Catz, A., L'invagination rétrograde de l'intestin. (Retrograde Invagination des Darms.) Rev. de chirurg. **33,** S. 213—234. 1913.

4jähriger Knabe erkrankt unter den Erscheinungen der Invagination. Bei der Operation zeigt sich die Kombination eines Volvulus mit Invagination des Dünndarms. Resektion. Tod kurz nach der Operation. An dem resezierten Darmstück ließ sich feststellen, daß eine tiefer gelegene Dünndarmschlinge in eine höhere invaginiert war. Das Konvolut war um einen Winkel von 180° im Sinne des Uhrzeigers gedreht.

Aus der Literatur werden 33 Fälle von retrograder Invagination zusammengestellt, sieben wurden desinvaginiert mit fünf Heilungen, drei wurden reseziert mit drei Todesfällen. Retrograde Invaginationen sind noch häufiger, als die Statistik lehrt, gehen aber meistens spontan oder in der Narkose zurück. Nicht selten ist die Vereinigung einer retrograden — ascendierenden — mit der gewöhnlichen — descendierenden — Invagination. Die agonalen, meist bei Kindern vorkommenden Invaginationen lassen sich von den intravitalen unterscheiden: 1. durch die Multiplizität; 2. durch ihr ausschließliches Vorkommen am Dünndarm; 3. durch ihre geringe Ausdehnung, höchstens 4—5 cm Länge; 4. durch das Fehlen von Serosadefekten; 5. durch die Leichtigkeit der Desinvagination. Catz empfiehlt bei der Operation einer Invagination stets an das gemeinsame Vorkommen einer descendierenden und retrograden Invagination zu denken und warnt vor therapeutischen Einläufen, die bei nie sicher auszuschließender retrograder Invagination das Invaginatum noch höher hinauftreiben. *Klose* (Frankfurt a. M.).

Rouville, G. de, et H. Roger, Ulcérations et perforations multiples de l'intestin grêle et du caecum par toxi-infection intestinale suraiguë postopératoire (hystérectomie pour métrite scléreuse). (Auftreten multipler zur Perforation führender, durch postoperative akute Enteritis verursachter Geschwüre in Dünndarm und Coecum.) Arch. d. malad. de l'app. dig. et de la nutr. **7,** S. 24—31. 1913.

Eine 45jährige Frau, die sich von einer wegen chronischer Metritis ausgeführten Hysterektomie nach fieberfreiem Heilverlauf vollständig erholt hatte, erkrankte am 18. Tag mit Leibschmerzen und profusen Durchfällen und starb an foudroyanter Peritonitis. Bei der Sektion fanden sich multiple Geschwüre und über 50 Perforationen des Dünndarms und Coecums. Die Mesenterialgefäße waren unverändert. Die Ursache der Geschwürsbildung war in einer akuten, wahrscheinlich hämatogenen, Entzündung der Darmschleimhaut zu suchen. Stühle und Blut waren nicht bakteriologisch untersucht worden. Auf Schnittpräparaten der Geschwürsränder sah man im Geschwürsgewebe und in dessen Gefäßlichtungen zahllose Bacillen, vielleicht Coli. Irgendein Zusammenhang dieser Spätinfektion des Darmes mit der vorhergegangenen Operation ließ sich nicht feststellen. *Jung* (Straßburg).

Mjassnikoff, W., Ein Fall von Pneumatosis cystoides intestinorum. Sibirische Ärztezeitung **8,** S. 86—90. 1913. (Russisch.)

In der gesamten Literatur sind 26 Fälle von Pneumatosis cystoides intestinorum oder Emphysem der Darmwand beschrieben worden, die, da die klinischen Symptome schwer zu deuten sind, nur zufällig bei Operationen oder auf dem Sektionstisch diagnostiziert werden konnten. Verf. gibt von den drei Theorien der neoplastischen, der bakteriellen und der mechanischen, die zur Erklärung der Entstehung der Gascysten angeführt werden, der letzteren den Vorzug und weist auf die chronischen Leiden des Magendarmsystems als auf das begünstigende Moment für die Cystenbildung hin. In seinem Falle erwies sich bei der Sektion eines an Magenkrebs mit Metastasen in die mesenterialen Drüsen und die Leber verstorbenen Mannes, die Submucosa des unteren Abschnittes des Dünndarms mit erbsengroßen Gascysten besät. Stuhlverhaltung und Meteorismus hatten den Gasdruck im Darm erhöht, und Verf. meint, daß das Gas durch die Capillaren der nekrotischen Zotten in die Lymphgefäße der Darmwand eingedrungen sein konnte und diese zu cystenartigen Gebilden erweitert hatte, denn die Mehrzahl der Cysten war mit Endothel ausgelegt und es ließen sich feine Verbindungsgänge von

einer zur anderen nachweisen. Wird bei Operationen die Diagnose von Gascysten gestellt, so sollte man, wenn der affizierte Abschnitt des Darmes nicht zu lang ist, ihn resezieren, geht das nicht, dann muß man sich damit begnügen, die größeren Cysten zu durchstechen, abzubinden oder abzuschneiden. *Koenig* (Petersburg).

Wurmfortsatz:

Cohn, Max, Der Wurmfortsatz im Röntgenbilde. (*Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 606—608. 1913.

Aufnahmetechnik: Rückenlage mit leichter Rechtsdrehung. Pat. erhält morgens Wismutbrei. Die Untersuchung beginnt nach etwa 4 Stunden; wiederholte Durchleuchtung sowie Blendenaufnahmen. Nach Grigorieff soll die Wismutfüllung des Wurmfortsatzes in allen Fällen gelingen, wenn das Lumen frei und seine Verbindung mit dem Coecum nicht unterbrochen ist. Die Lage des Wurmfortsatzes ändert sich mit der horizontalen oder vertikalen Lage des Individuums. Die Appendix folgt den Bewegungen des Coecums und macht Eigenbewegungen um das Coecum, dieses als fixer Punkt gedacht. Die Füllung des Wurmfortsatzes erfolgt nicht gleichmäßig mit der Füllung des Coecums. Nach 7 bis 8 Stunden, zuweilen erst am Tage nach der Nahrungsaufnahme wird der Schatten der Appendix erkannt, während im Coecum häufig schon nach 4 Stunden die Wismutmassen nachzuweisen sind. Die Füllung erfolgt durch rückläufige Bewegungen des Coecums. Ebenso unregelmäßig, wie die Füllung, geht auch die Entleerung des Inhaltes aus der Appendix vor sich. Wir finden den Wurmfortsatz leer, während das Coecum noch gefüllt ist, wir sehen ihn andererseits noch gefüllt, während die Wismutmahlzeit in der Hauptsache den Darm schon verlassen hat. Grigorieff sah während eines Verdauungsaktes mehrfache Füllungen und Entleerungen. Veränderungen in der Lage des Organes, seine verschiedene Konfiguration (gestreckt, gekrümmt, posthornförmig) sind zu erkennen. Eine konstant nachweisbare abnorme Form kann durch Adhäsionen bedingt sein. Einschnürungen, ähnlich der haustralen Segmentation des Coecums, sind physiologisch und dürfen nicht als Stenose oder Obliteration gedeutet werden.

Frangenheim (Leipzig).

Cohn, Max, Der Wurmfortsatz im Röntgenbilde. (Berliner Ges. f. Chirurg., Sitz. v. 10. u. 24. II. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 515. 1913.

Siehe vorstehendes Referat.

Wagner, Zur Forderung der Frühoperation bei Perityphlitis. (*Allg. Krankenh., Lübeck.*) Med. Klin. **9,** S. 450—453. 1913.

Dickdarm und Mastdarm:

Stern, Heinrich, Atony of the cecum (typhlatonia). (Typhlatonie.) Arch. of diagn. **6,** S. 9—15. 1913.

Verf. sieht die Atonie des Coecums mit oder ohne Dilatation als die Grundlage des bekannten, verschieden aufgefaßten Ksankheitsbildes (Coecum mobile, Colite ptosique etc.) an. Die Behandlung hat eine diätetisch-physikalische zu sein. *Wehl* (Celle).

Pauchet, Victor, Traitement du mégacôlon. (Behandlung des Megacolon.) Arch. provinc. de chirurg. **22,** S. 17—38. 1913.

Innere Behandlung ist zu verwerfen, da sie wohl mehr oder minder geregelte Darmentleerungen erzielt, aber die stets bestehende Gefahr einer Darmtorsion nicht abwenden kann. Auf Grund von 6 operierten Fällen skizziert Verf. seinen Standpunkt in der operativen Behandlung der verschiedenen Formen der Hirschsprungschen Krankheit. Die bisher ausgeführten operativen Eingriffe werden zunächst kurz kritisiert: Kolopexie: Vermag die Dilatation nicht zu beeinflussen, die Stase des Darminhaltes bleibt bestehen. — Koloplikatur: Kann den Darm nicht wesentlich verkleinern; in praxi ist bei der meist starken Spannung der Darmwand die Faltung schwer auszuführen. — Kolotomie: Kann nur als Notoperation in Frage kommen

bei großen Kottumoren. — Kolostomie, Coekostomie, Appendikostomie und Ileosigmoideostomie kommen nur als Präliminar- oder Hilfsoperationen für die Resektion in Frage, welche die Operation der Wahl ist und verhältnismäßig leicht auszuführen ist. Das Krankheitsbild kann sich in 4 Formen präsentieren: 1. Akute Gangrän infolge Torsion. 2. Habituelle Dilatation des Colon ileopelvinum. 3. Dilatation des ins Rectum übergehenden Endteils des Kolons. 4. Dilatation des gesamten Kolons oder seines größten Teiles. Folgende Prinzipien haben für die Behandlung der verschiedenen Fälle zu gelten: 1. Bei Volvulus und Gangrän des Darmes Resektion der erkrankten Partie und Einnähen beider Darmschenkel in die Bauchwunde. Nach Genesung Schluß des künstlichen Afters. 2. Bei habitueller Dilatation der Flexur einzeitige Resektion und End- zu Endvereinigung. Steht die Naht unter Spannung, so wird das äußere Blatt des Mesokolons, eventuell auch das Lig. phrenicocolicum, durchtrennt. — 3. Bei Dilatation des Endteils im Douglas kombinierte abdomino-perineale Exstirpation, da sich nach Querresektion die Stümpfe nicht vereinigen lassen. 4. Bei Dilatation des gesamten Kolons Totalresektion, einzeitig oder nach präliminarer Anlegung einer Ileosigmoideostomose. Von den 6 vom Verf. operierten Fällen starben drei: einer an Nahtinsuffizienz nach Kolotomie, einer, bei schon bestehender Peritonitis operiert, im Kollaps, und einer infolge Perforation des zur Appendikostomie benutzten Wurmfortsatzes, dessen Gefäße beim Durchziehen durch die Bauchwunde torquiert worden waren. In einem Falle wurde trotz vierjährigen Bestandes einer Kolostomie der Darm nicht kleiner. Das Kind starb an interkurrenter Krankheit. In einem andern Falle besteht der künstliche Anus noch und soll geschlossen werden; der sechste, mit abdomino-perinealer Exstirpation behandalte Fall ist geheilt. *Krüger* (Weimar).

Couto, Miguel, La méralgie paresthésique de la colite muco-membraneuse. (Meralgia paraesthetica infolge von Colitis muco-membranacea.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris **29**, S. 342—353. 1913.

Roth hat 1895 ein Krankheitsbild beschrieben, das sich in neuralgiformen Schmerzen im Ausbreitungsgebiet des Nervus cutaneus femoris lateralis äußert und das er als Meralgia paraesthetica bezeichnet. Von den übrigen Neuralgien infolge von Syphilis, Tuberkulose, Rheumatismus usw. ist diese Erkrankung zu trennen, der Nerv selbst ist dabei nicht druckempfindlich. Verf. hat 18 Fälle, 14 Frauen, 4 Männer, beobachtet, und jedesmal fand sich ein ausgesprochener Dickdarmkatarrh. Es handelt sich somit um ein Symptom dieser letzteren Erkrankung, das anscheinend mit großer Regelmäßigkeit vorhanden ist. Die Entstehung dieser neuralgiformen Schmerzen läßt sich durch Druck auf den Nerven selbst nicht erklären; es handelt sich vielmehr um eine Schmerzausstrahlung, die durch eine Reizung der Sympathicusfasern und eine Fortleitung zum Spinalganglion und von hier aus zum Nervus cutaneus femoris lateralis zustande kommt. *Ströbel* (Erlangen).

Carwardine, T., Pericolitis. (Adhäsive Entzündungen des Colon ascendens.) Brit. med. journal **2716**, S. 101—104. 1913.

Sie sind der einfachste Ausdruck der lokalen Peritonitis, hervorgerufen durch Wurmfortsatzentzündung, Wanderniere, Gallenblasenerkrankungen, Tuberkulose und Aktinomykose. Zur Illustration einige Krankengeschichten und Zeichnungen. *Gelinsky* (Berlin).

Chalier, André, et Emile Perrin, Résultats immédiats et éloignés de l'opération combinée dans le cancer du rectum. (Momentane und spätere Erfolge der kombinierten Rectumcarcinomoperation.) Lyon chirurg. **9**, S. 150—176 u. 275—295. 1913.

Im ganzen wurden die Resultate von 189 Fällen untersucht. Alle Fälle sind kurz mit dem Namen des Operateurs, der Angabe wo veröffentlicht, kurzen Angaben über Sitz des Tumors und die Operation aufgeführt. Nicht zur kombinierten Operation werden die Fälle gezählt, bei denen die Laparotomie nur zur Anlegung eines künstlichen Afters, Ligatur der A. haem. superior oder nur zur Untersuchung des kleinen Beckens gemacht wird. Die Arbeit unterscheidet zwischen augenblicklichen, späteren und funktionellen Operationsresultaten.

Die Operationsmortalität d. h. die Zahl der Todesfälle, die vor erfolgter Vernarbung der Wunde eintraten, betrug 44,59%. Die Frauen gaben ein günstigeres Resultat, da das weitere Becken ein leichteres Operieren gestattete. Es starben von den Männern 52%, von den Frauen nur 31%. Mit zunehmendem Alter sind die Erfolge im allgemeinen ungünstiger. Bei der Amputation waren 42,85% Todesfälle — nach vorhergehender Anlage eines Anus praeter nur 25% — bei der Resektion 43,54% zu verzeichnen. Die hauptsächliche Todesursache bildete eine Infektion (40%), von anderen sind erwähnt Lungenembolie nach Thrombose der Beinvenen, Septikämie, Blasenzerreißung, Kollaps, Schwächezustände. Die günstig verlaufenden Fälle heilten in 3—4 Wochen, eine Verzögerung trat ein durch Infektion. Oft kommt es zur Urinretention und infolge davon zu einem Blasenkatarrh (eine aufsteigende Pyelitis wurde nicht beobachtet). Die Retention beruht auf einer Zerstörung von Fasern, die vom Plexus hypogastricus zur Blase führen. Vonseiten des Darmkanals sind als Komplikationen zu erwähnen Prolaps, Stenose, Ausstülpung, Gangrän des Anus iliacus, Bildung einer Kotfistel bei der Resektion durch Gangrän des oberen Stückes infolge schlechter Ernährung. Von 85 Operierten starben nach längerer Zeit an Rezidiven 14, Metastesen 6, interkurrenten Krankheiten 5, unbekannten Krankheiten 4. Ohne Rezidive leben 55, mit Rezidiv 1. Als Dauerheilung ist es zu bezeichnen, wenn 3 Jahre nach der Operation noch kein Rezidiv oder Metastase aufgetreten ist; das war in 16,8% der Fall. Rezidive über 3 Monate hinaus wurden in 19,84% der Fälle beobachtet. Metastasen fanden sich in Leber, Lunge, Gehirn. Was die funktionellen Resultate anlangt, muß man zwischen Resektion und Amputation unterscheiden. Auch bei der Amputation ist eine Erziehung des neuen Anus in gewissem Grade möglich. Schlechte Resultate bei der Resektion rühren einzig von einer Nekrose des oberen Stückes infolge schlechter Ernährung her. Die Innervation des Sphinkter scheint nicht einmal bei Resektion des Steißbeins und des letzten Kreuzbeinwirbels zu leiden. *Bernard* (Berlin).

Dahlgren, Karl, Modifikation der kombinierten Operationsmethode bei Cancer recti. (*Allg. u. Dahlgrensches Krankenh., Gothenburg.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 457—459. 1913.

Zweizeitige kombinierte Operation. I. Akt: Laparotomie, Abbinden des Mesosigmoideums zentral vom Gesäßbogen, so daß 20—25 cm des Darmes frei wurden (ohne Zirkulationsstörung). Coecostomie. II. Akt nach 10 Tagen: Resektion des Rectums von unten (Sakralschnitt, Exstirpation des Steißbeines) und Nahtvereinigung mit dem Analteil. *Heller* (Leipzig).

Humphreys, G. A., Preserving the sphincter in the treatment of fissure and fistula in ano. (Behandlung von Analfissur und Analfistel mit Schonung des Sphincters.) Americ. journal of surg. **27**, S. 41—49. 1913.

Humphreys hat mehrere Fälle von Analfissur mit Hilfe eines Apparates behandelt, der aus einem durchlöcherten, ca. 12 cm langen Gummidrainagerohr mit aufgesetzter Halbkugel bestand. Letztere diente zur Fixierung im Darm. Einführung mit Hilfe einer Zange, tägliche Spülungen. H. schlägt diese Art der Behandlung vor, wenn eine Operation abgelehnt wird. Heilung erfolgte in 5—6 Tagen. Muß eine Incision gemacht werden, so soll dieselbe hinten erfolgen, da dort am wenigsten Muskelfasern der Sphincteren durchtrennt werden. Bei der Behandlung der Analfistel geht er so vor, daß er, besonders wenn schon eine Operation vorher stattgefunden hat, eine Ligatur durch die Fistel aus dem Anus herauszieht und den Faden hin und her bewegt, bis Schmerzen geäußert werden, dann wird der Faden geknotet. Öfters Wiederholung. Allmählich bringt man so eine tiefliegende Fistel an die Oberfläche. Die oberen Partien des Sphincters haben so Zeit, immer wieder zusammenzuwachsen. Die Behandlung dauert sehr lange. Bei der Excision der Fistel ohne Verletzung des Sphincters macht H. einen leicht bogenförmigen Schnitt 6—9 cm lang parallel zur Faserung des äußeren Sphincters. Die Fistelöffnung liegt in der Mitte des Schnittes. Einführung einer Sonde vom Anus her durch die Fistel. Vertiefung der Incision, ohne den Fistelgang zu verletzen, bis zum Rectum. Der so isolierte Fistelgang wird abgebunden. Schnitt am Anus in dessen halber Ausdehnung, der die Schleimhaut von den Sphincteren ablöst bis über die Mündung des Fistelganges in das Rectum hinaus. Der Fistelgang wird durch die letztere Incision an der Ligatur mit einer Zange gefaßt und nach außen durchgezogen. Abtragen des den Fistelgang tragenden Schleimhautstückes und Annähen der heruntergezogenen Schleimhaut am Anus. Drainage der 1. Incision. Anwendung erfolgte in 3 Fällen mit gutem Resultat. Empfehlung der Methode für Fälle mit schwächlichen Sphincteren oder solchen, bei denen der äußere schon früher durchschnitten ist. *Bernard* (Berlin).

Hadda, S., Die Excision der Hämorrhoiden nach Withehead. (*Israelit. Krankenh., Breslau.*) Arch f. klin. Chirurg. **100**, S. 1029—1078. 1913.

Unter ausführlicher Berücksichtigung der Literatur gibt Hadda einen Überblick über die verschiedenen Methoden der Hämorrhoidenoperationen (Injektionen, Ligatur, Ecracement, Umstechung, Kauteriation, Enucleation und Excision, Excision der Mucosa des Analringes). Auf Grund von 223 Operationen empfiehlt er die Excision der Hämorrhoiden nach Whitehead. Der Gang der Operation ist durch mehrere Abbildungen veranschaulicht. *Heller* (Leipzig).

Leber- und Gallengänge:

Thevenot, Lucien, et G. Plontz, Formes anormales des abcès du foie d'origine amibienne. (Abnorme Formen der Amöben-Leberabscesse.) Progr. méd. **41**, S. 41—45. 1913.

Leberabscesse können auch nach autochthoner, nicht tropischer Dysenterie vorkommen, auch bei Kindern. Es gibt Abscesse nach latenter Dysenterie und Spätabscesse. Der Sitz der Abscesse kann auch im linken Leberlappen sein (16%), in 30% der Fälle an der Konkavität der Leber. Nicht selten findet man mehr als einen Absceß. Die Abscesse können außer in die Bauchhöhle unter die Haut, ins Perikard, die Pleura, den Magen, den Darm, die Gallenwege, die Harnwege, die Vena cava perforieren. Die Diagnose der späten und latenten Abscesse kann Schwierigkeiten machen. Hier kann die mikroskopische Untersuchung des Stuhlganges, die Überimpfung vom Stuhlgang ins Rectum einer jungen Katze, die Blutuntersuchung (auf Leukocytose), die Punktion der Leber Klarheit bringen. Der Eiter kann steril sein oder nicht. Auch die Rektoskopie und die Röntgenuntersuchung (Absceß an der Konvexität der Leber) können wichtige Fingerzeige liefern. Literatur. *Magenau* (Stuttgart).

Lenger, Un cas de kyste hydatique du foie traité par l'extirpation de la poche. Guérison. (Fall von Echinococcuscyste der Leber mit Exstirpation des Sackes behandelt. Heilung.) Ann. de chirurg. et d'orthop. Bd **26**, Nr. 3, S. 70—73. 1913.

Rubaschow, S., Über Bradykardie bei Leberverletzungen. (Erwiderung auf die Arbeit von Dr. Hans Finsterer.) (*Chirurg. Klin., Univ. Moskau.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121**, S. 515—519. 1913.

Rubaschow bezeichnet Bradykardie als ein inkonstantes, sehr seltenes Symptom; er glaubt auch im Gegensatz zu Finsterer, daß in der neuesten Literatur die Pulsfrequenz immer notiert gefunden werde, also eine Nichtbeachtung von seiten der Autoren nicht vorliege. Den 13 von Finsterer beschriebenen Fällen von Bradykardie bei Leberverletzungen, von denen er nur 8 gelten läßt, stellt er 35 klinische Fälle von Bradykardie gegenüber bei fast allen Arten der Bauchverletzung. Bei 14 an Hunden ausgeführten Experimenten stellt er regelmäßig eine mehr oder minder große Tachykardie nach Verletzungen der Leber und Gallenblase fest. Finsterers Erklärung über das Entstehen der Bradykardie durch Gallensäurewirkung scheint ihm nicht genügend bewiesen, obgleich er eine Pulsverlangsamung durch Gallensäure in nötiger Konzentration zugibt. Es erscheint ihm aber sehr fraglich, ob eine solche Konzentration bei Leberverletzungen stattfindet. Er kommt zu dem Schluß, daß die Bradykardie nicht als wichtiges charakteristisches Symptom für die Leberverletzungen gelten kann. *Schliep* (Berlin).

Finsterer, Hans, Über Bradykardie bei Leberverletzungen. Erwiderung auf die gleichnamige Arbeit von Dr. S. Rubaschow. (*II. chirurg. Univ.-Klin., Wien.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121**, S. 520—530. 1913.

Finsterer sucht die mit seiner Ansicht direkt in Widerspruch stehenden Ergebnisse der Untersuchungen und Experimente Rubaschows zu entkräften. Was die Angabe der Autoren in neueren Veröffentlichungen anbetrifft, so sei in fast allen Fällen zwar der Puls gemessen, aber teils nur einmal zur Zeit der Einlieferung in das Spital nach einem verschieden langen Zeitintervall nach der Verletzung, teils höchstens nach einer längeren Pause unmittelbar vor der Laparotomie. Genauere Angaben über das Verhalten des Pulses in der Zwischenzeit aber fehlen. Bei allen Bauchkontusionen müsse jedoch die Frequenz und Beschaffenheit des Pulses in mindestens halbstündigen Zwischenräumen kontrolliert werden. Bei der Nachprüfung der 35 von Rubaschow angeführten Fälle ist F. der Überzeugung, daß in einer größeren Anzahl wohl eine Quetschung bzw. Ruptur der Leber vorgelegen habe, allerdings ohne Zerreißung der Kapsel. Betreffs der Tierexperimente müsse ein Versuchsfehler Rubaschows vorliegen: F. benutzte die gegenüber einer Pulsverlangsamung weit empfindlicheren Kaninchen, Rubaschow die weniger geeigneten Hunde, andererseits besonders in der verschieden großen Ausdehnung der Leberverletzungen. Über die Konzentration der ausgeschiedenen Gallensäuren will F. weitere Versuche anstellen. Jedenfalls ist F. überzeugt, daß ein voller, kräftiger und langsamer Puls nicht gegen die Diagnose einer inneren Blutung durch Leberverletzung spricht. *Schliep* (Berlin).

Adler, Zur Chirurgie der Gallenblase. Berl. klin. Wochenschr. **50**, S. 547 bis 548. 1913.

6 Präparate von Gallenblasen teils durch Sektion, teils Operation gewonnen, zeigen die verschiedenen Stadien der chronischen Cholecystitis, welche Verf. vergleicht mit der chronischen Appendicitis. Wie hier nicht die Anwesenheit eines Steines, sondern die Entzündung des Organes an sich zum Eingriff — der Appendektomie — zwingt, so ergibt sich für die Gallenblasenerkrankungen, daß die Cholecystektomie allen anderen Operationen vorzuziehen ist. *Coste.*

Molineus, Über die Möglichkeit eines Choledochusersatzes durch Einpflanzung des Processus vermiformis. (*Akad. f. prakt. Med., Düsseldorf.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. 121, S. 447—454. 1913.

Verf. wurde einerseits durch einen Fall, dessen Krankengeschichte er ausführlich schildert, andererseits durch die Mitteilung von Lexer, daß ihm der Ersatz einer Urethra mit Hilfe eines Wurmfortsatzes gelungen sei, veranlaßt, sich mit der Frage des Ersatzes für einen in größerer Ausdehnung zerstörten Choledochus durch den Processus vermiformis näher zu beschäftigen. Die in solchen Fällen bisher angewandten Plastiken aus der Magen-Darmwand waren sehr kompliziert, und Nahtinsuffizienz drohte stets. Einfacher waren die Operationen, bei denen zwischen das zentrale und periphere Choledochusende ein Gummirohr eingeschaltet wurde, das man entweder liegen ließ und seine Ausstoßung in den Darm erhoffte, oder das man mittels eines Witzelschen Schrägkanals nach außen führte, so daß die manuelle Entfernung leicht möglich war. Um statt des Gummirohres nun ein den Gallenwegen möglichst ähnlich gebautes Gewebe zu besitzen, versuchte der Verf. den Processus vermiformis zwischen die Choledochusstümpfe einzupflanzen. Der Verf. hat die Versuche an Leichen gemacht, da die anatomischen Verhältnisse bei Tieren nicht geeignet sind zu Versuchen in dieser Hinsicht. Da der Ersatz einer Urethra durch die Appendix gelang, muß noch viel mehr deren Einpflanzung zum Ersatz des Choledochus gelingen, weil ja das Peritoneum sehr zu Verklebungen neigt, so daß rasch Adhäsionen entstehen, die ein gutes Einheilen des Transplantats verbürgen; außerdem kann man noch Netzteile über die eingepflanzte Appendix lagern und dadurch den Erfolg sichern. Verf. schildert nun sein Verfahren an der Leiche.

Zunächst Eröffnung des Abdomens durch pararectalen Längsschnitt vom Rippenbogen bis etwa zur Nabelhöhe. Es folgt die Appendektomie. Nach Resektion des Choledochus in einer Ausdehnung von 4—6 cm wurde in den peripheren Choledochusstumpf eine Sonde eingeführt bis ins Duodenum und an dessen vorderer Wand auf den Sondenknopf eingeschnitten. Nun wird auf umgekehrtem Wege ein Nelatonkatheter so weit durchgezogen, daß er mit dem oberen Ende bis in den Hepaticus reichen würde. Am Katheter wird ein seitliches Loch angebracht, das 1 Finger breit unterhalb der Papille im Duodenum zu liegen kommt, um der Galle den Abfluß in das Duodenum zu ermöglichen. Hierauf wurde die mit Kochsalz ausgespritzte Appendix über den Katheter gestülpt und der periphere Choledochusstumpf mit dem Processus vermiformis durch Knopfnähte vereinigt. Dann folgt die Vernähung des zentralen Choledochusendes mit der Appendix. Zur Sicherung der Nahtstellen legt man Netzpartien über die Operationsstelle. Der Katheter wurde in einem Witzelschen Schrägkanal der Duodenalwand gebettet und zu einem besonderen Loch durch die Bauchwand nach außen geführt. Das Operationsgebiet muß im Falle der Operation am Lebenden natürlich mit Drainage versehen werden. Verf. konnte an der Leiche stets feststellen, daß eingespritzte Flüssigkeit gut in das Duodenum abfloß, wenn die Einspritzung in die Gallenblase oder die intrahepatischen großen Zellengänge erfolgte. Stets erwies sich die Naht als dicht. Der Eingriff an der Leiche dauerte etwa 1 Stunde. Ist das periphere Ende des Choledochus nicht auffindbar oder in Geschwulstmassen verbacken, dann empfiehlt Verf. die schräge Einnähung der Appendix in das Duodenum, analog der Einpflanzung des Ureters in die Blase. *Unter-Ecker* (Karlsruhe).

Toida, R., Über einen Fall von großer kongenitaler sanduhrförmiger Gallenblase. (*I. chirurg. Klin., Univ. Kiuschu, Japan.*) Arch. f. klin. Chirurg. **100**, S. 1188—1192. 1913.

Bei einem 5jährigen Mädchen wurde bei der Operation einer galleabsondernden Fistel ein mannsfaustgroßer cystischer Tumor gefunden, der durch einen federkieldicken Stiel mit der normal gebildeten Gallenblase in Verbindung stand, am Scheitel derselben, so daß das Ganze Sanduhrform darbot. Das Innere des Tumors, das Galle enthielt, kommunizierte durch den Stiel mit der Gallenblase. Auf Grund des pathologisch-anatomischen u. klinischen Befundes kommt Verf. zu der Ansicht, daß hier eine kongenitale Mißbildung vorliegt, die infolge abnormer kongenitaler Schwäche der Wand entstanden sein dürfte. Die Stielpartie der Gallenblase gab wegen kongenitaler mangelhafter Entwicklung der Muscularis allmählich dem Druck der Galle nach, und es kam schließlich zur Divertikelbildung. *Unter-Ecker* (Karlsruhe).

Lowenburg, H., A case of cholecystitis due to infection of the gall bladder by the typhoid bacillus in a child three years old. Case report. (Fall von typhöser Gallenblaseninfection bei einem 3jährigen Kind.) Arch. of pediatr. Bd. **30**, Nr. 3, S. 212—217. 1913.

Rosenthal, R., Über Ascaridiasis der Gallenwege mit Berücksichtigung eines selbst beobachteten Falles. (*Neues Vincentiuskrankenh., Karlsruhe.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 544—559. 1913.

Rosenthal konnte einen von Professor Arnsberger operierten Fall beobachten, es handelte sich um eine 65jährige Frau, die durch Entfernung eines 15 cm langen Askaris aus dem Choledochus geheilt wurde. Er bespricht eingehend die nicht geringe Literatur, die sich mit dem Vorkommen von Askariden in den Gallenwegen beschäftigt. Die meisten Fälle wurden erst nach dem Tode richtig erkannt, erst in neuester Zeit gelang es, in einigen Fällen schon bei Lebzeiten die richtige Diagnose zu stellen, wenn im Erbrochenen oder im Stuhle Spulwürmer gefunden wurden. Meist decken sich die Symptome mit denen einer Cholelithiasis, die oft auch nebstbei besteht, oder denen eines Leberabcesses. Die Prognose ist ungünstig, wenn nicht operativ geholfen werden kann. *Moszkowicz* (Wien).

Hinterstoisser, Hermann, Ein Ascaris im Ductus hepaticus. (Operationsbefund.) Wien. klin. Wochenschr. **26,** S. 456—457. 1913.

Hinterstoisser fand bei einer Frau, die seit Jahren an anfallsweisen, seit 4 Wochen an dauernden Schmerzen in der Lebergegend litt und Ikterus hatte, außer einer sehr starken Erweiterung der 3 Hauptgallengänge mehrere Steine im Choledochus und einen lebenden großen Ascaris im Hepaticus. Nach zunächst glattem Verlaufe trat am 14. Tage Herzmuskelschwäche plötzlich auf, die 2 Tage später zum Tode führte. Die Sektion ergab: Degeneratio cordis adiposa, sonst nichts Pathologisches. H. schließt sich der Ansicht Neugebauers „Erst Steinbildung, dann Eindringen des Wurmes" an und glaubt, daß die mehrwöchigen dauernden Schmerzen ihre Erklärung in dem Aufenthalte des Ascaris in dem Ductus hepaticus finden. *Simon.*

Pankreas:

Cohnheim, P., Die Erkrankungen des Pankreas und ihre Behandlung. Therap. d. Gegenw. **54,** S. 152—159. 1913.

Klinische Vorlesung.

Hédon, E., et M. Lisbonne, Persistance de la sécrétine dans la muqueuse intestinale après l'extirpation totale du pancréas. (Weiterbestehen des Secretins in der Darmschleimhaut nach Totalexstirpation des Pankreas.) Cpt. rend. hebdom. d. séanc. de la soc. de biol. **74,** S. 375—377. 1913.

Im Gegensatz zu Lovatt Evans fanden die Verff. bei zwei Hunden, denen sie das Pankreas total exstirpiert hatten, daß das Sekretin in der Schleimhaut des oberen Dünndarms weiterbestehen blieb bis zur terminalen Kachexie. Auch die Darmkinase blieb erhalten. *Jung* (Straßburg).

Crohn, Burrill, B., The diagnosis of the functional activity of the pancreatic gland by means of ferment analyses of the duodenal contents and of the stools. (Die Diagnose der Pankreasfunktion durch Fermentanalyse des Duodenalinhaltes und der Stühle.) Americ. journal of the med. sciences **145,** S. 393 bis 405. 1913.

Die Stärke der Pankreasfermente schwankt bei Gesunden in weiten Grenzen. Fettspaltendes und diastatisches Ferment können normalerweise fehlen, Trypsin dagegen wird immer gefunden. Bei einem Falle von akuter Pankreatitis fehlten die Fermente im Duodenalinhalt und im Stuhl. Bei zwei Fällen von chronischer Pankreatitis durch Cholelithiasis resp. Sarkom des Duodenums bedingt, zeigte sich eine starke Verminderung der Fermentwirkung. Crohn glaubt, daß die Methode einen Schluß auf die Pankreasfunktion und dadurch auf den anatomischen Zustand der Drüse erlaubt. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Knape, Die Pankreashämorrhagie. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 471 bis 498. 1913.

Knape hat gemeinsam mit Ricker-Magdeburg zum Studium der akuten Pankreashämorrhagie Untersuchungen angestellt, die in Tierversuchen am Kaninchen bestanden. Es gelang ihnen, das Pankreas und das Mesenterium am lebendem Tiere stundenlang zu beobachten. Ihre Versuchsergebnisse weichen von den bisher mitgeteilten experimentellen Forschungen ab. Ihre Resultate waren folgende: Der Pankreassaft des Kaninchens verursacht Stase, Blutung und Fettgewebsnekrose. Eine Verdauung der Gefäßwand findet nicht statt, ebensowenig eine sich darauf beziehende Rhexisblutung. Die direkten Injektionen von Flüssigkeiten in den

Ausführungsgang der Drüse lassen in bezug auf ihre Wirkung nicht die Schlüsse zu, die bisher aus derartigen Versuchen gezogen wurden, da dieselben bei Druckerhöhung in das umgebende Gewebe gepreßt werden. Es ergab sich ferner, daß die Salze des natürlichen Pankreassaftes die gleiche Wirkung auf das Gefäßsystem haben wie künstliche Salzlösungen in derselben Konzentration und daß beide zu Stase und Diapedesisblutungen führen. Bei Berieselung des Mesenterium mit aktiver Trypsinlösung wurde keine Rhexisblutung beobachtet, wohl aber Stase und Diapedesisblutung. Die inaktiven Trypsinlösungen blieben ohne Folgen für das Gewebe, ebenso Lösungen von Steapsin, Diastase und Fermenten. Durch diese und weitere Versuche mit Galle usw. wurde festgestellt, daß das Trypsin auf die lebenden Blutgefäße keine Verdauung der Gefäßwände ausübt, sondern nur Verlangsamung des Blutstromes und Diapedesisblutungen. Dieselbe Wirkung zeigten Salzlösungen, aktiver und inaktiver Pankreassaft, und einige andere Exkrete und Sekrete des tierischen Körpers. In Anlehnung an diese Versuche äußert K. die Ansicht, daß beim Menschen Nervenreize die Ursache der Blutungen abgeben können wie Traumen, starke Blutverluste, Gifte usw. Auch die Einklemmung eines Gallensteins in der Papille hält K. für einen derartigen „Nervenreiz". Im Anschluß daran werden einige Beobachtungen von akuter Pankreashämorrhagie nach Trauma bzw. bei gleichzeitiger Cholelithiasis mitgeteilt. K. faßt seine Ansicht dahin zusammen, daß die Ätiologie der akuten Pankreashämorrhagie keine einheitliche ist. Die Ursachen liegen nach ihm teils im Organ selber, teils treten sie an die Drüse in Form von Nervenreizen heran. Einheitlich ist aber nach K. für das Zustandekommen der Blutung der Angriffspunkt der vorerwähnten verschiedenen Faktoren, der immer das Gefäßnervensystem mit seinen Beziehungen zur Blutung und Gewebsnekrose ist. *Nordmann* (Berlin).

Simmonds, Über Pankreasnekrose. (Vereinig. nordwestdeutsch. Chirurg. 13. Tag. Hamburg, 13. I. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 425—426. 1913.

Milz:

Muzj, Antonio, Azione dei raggi Roentgen sulla milza normale. (Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die normale Milz.) (*Gabinet. di elettroterap., univ., Napoli.*) Giorn. internaz. d. scienze med. **35,** S. 165—178. 1913.

Muzj hat die Milzgegend von Ratten, Kaninchen, Katzen und Hunden bestrahlt, und zwar gab er Dosen, die nicht die in der Therapie angewendeten überstiegen. 2 Tiere starben, die anderen 9 wurden nach kürzerer — 24 Stunden — oder längerer Zeit — bis zu einem Monat — getötet. Die Milz zeigt in allen Fällen Veränderungen, die Strahlen wirken in spezifischer Weise auf das lymphoide Gewebe ein, ihre Wirkung kann bei einer gewissen Intensität deletär sein; unterhalb dieser Grenze ist sie vorübergehend. Es zeigt sich Caryorrhexis der Lymphocytenkerne, teilweise oder völlige Histolyse der polymorphkernigen Leukocyten. Kommt es zur Heilung, so setzt ein kräftiger Regenerationsprozeß besonders an den Lymphocyten ein. Auch die Capsula fibrosa ist gegen Röntgenstrahlen sensibel: es tritt eine Auflösung ihrer Elemente ein, die bis zur völligen Zerstörung gehen kann. Aus alledem geht hervor, daß man bei Bestrahlungen vorsichtig zu Werke gehen muß, um nicht eine völlige Zerstörung der Milz und Toxine zu erzeugen, die für den Gesamtorganismus sehr gefährlich sind, und deren Wirkung vielleicht dunkle Todesfälle erklären kann. *Wohlauer* (Charlottenburg).

Whitehouse, Beckwith, Torsion of the spleen simulating ovarian tumour, splenectomy, recovery. (Milztorsion, einen Ovarialtumor vortäuschend. Splenektomie, Heilung.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. **23,** S. 161—163. 1913.

Bei einer 30jährigen Frau traten in mehrwöchentlichen Zwischenräumen Anfälle von Schmerzen in der linken Bauchseite und Erbrechen auf. Etwa 1/4 Jahr nach dem Beginn der Erkrankung fanden sich Temper. von 120° F., Puls von 120, heftige Leibschmerzen und Urinbeschwerden. Dabei war das Abdomen aufgetrieben, gespannt und druckempfindlich besonders in der rechten Fossa iliaca, wo man einen derben Tumor ohne Einkerbungen feststellte, der nach der vaginalen Untersuchung vor dem Uterus lag. Diagnose: Ovarialtumor mit Stieldrehung. Bei der Operation erwies sich der Tumor als die 3 1/2 mal um einen langen, breiten Stiel gedrehte Milz. Wegen beginnender Nekrose an der Oberfläche wurde das Organ entfernt. Blutuntersuchung unmittelbar nach der Operation: Hämoglobingehalt 65%, Erythrocyten 4 300 000, Leukocyten 13 760, 13 Tage später ungefähr dasselbe Resultat. Es handelte sich um einen Fall von Wandermilz. Charakteristisch für Wandermilz ist 1. daß sie meistens oder ausschließlich bei Frauen vorkommt, 2. daß sie fast immer für eine gynaekologische Affektion und in der Regel als Ovarialtumor angesehen wird, 3. daß die Geschwulst häufig die rechte Fossa ilica und die rechte Beckenhälfte einnimmt, 4. daß die Geschwulst vor dem retrovertierten Uterus liegt. 5. daß das Blut in fast allen Fällen eine ausgesprochene Leukocystose zeigt, die ihr Maximum einige Monate nach der Operation erreicht. *Kempf* (Braunschweig).

Ishioka, S., Über einen Fall von Milzruptur durch leichtes Trauma bei Typhus als Unfallfolge. (*Med. Klin., Jena.*) Med. Klinik 9, S. 542—544. 1913.

Nebennieren:

Kolde, Wolfgang, Veränderungen der Nebenniere bei Schwangerschaft und nach Kastration. (*Univ.-Frauenklin., Erlangen.*) Arch. f. Gynaekol. **99**, S. 272—283. 1913.

Oehlecker, F., Zur Klinik der malignen Tumoren der Nebenniere. (Zugleich ein Beitrag aus dem Gebiete der Pyelocystographie.) (*Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. **1**, S. 44—74. 1913.

Krankengeschichte eines Falles von beiderseitigem Nebennierentumor:

36jährige Frau erkrankt unter Schmerzen in der Lebergegend und in der rechten Schulter; in den letzten 2½ Jahren keine Menses. Rechtsseitiger retroperitonealer Tumor von Kindskopfgröße, Nierenfunktion normal. Eine Kollargolübersichtsaufnahme des uropoetischen Systems zeigt das rechte Nierenbecken kleiner, tieferstehend und am oberen Ureterende abgeknickt. Unter der Diagnose: Tumor, welcher über der Niere gelegen ist, Laparatomie. Es findet sich ein Tumor, welcher dem oberen Pole der intakten rechten Niere wie eine Haube aufsitzt; schwierige Exstirpation, Verwachsungen mit der Vena cava inferior, Niere wird erhalten. Tod am folgenden Tage an Herzschwäche. Der exstirpierte Tumor erwies sich als malignes Hypernephrom der Nebenniere. Sektion ergab ein malignes Hypernephrom auch der linken Nebenniere.

Kurze Besprechung der Anatomie und Physiologie der Nebennieren und der Klinik des Morbus Addisonii. Die bösartigen Nebennierengeschwülste besitzen überhaupt keine Pathologie, das Krankheitsbild wird sehr oft nur von den Metastasen beherrscht, daher ist die Diagnose äußerst schwierig. Die Anwendung der Pyelocystographie in Form eines Übersichtsbildes ist insofern für die Diagnose von Bedeutung, als sie ein Abwärtsverschieben der Niere erkennen läßt. Ein wichtiges Symptom ist auch der zuerst von Mayo Robson beschriebene Schulterschmerz, der durch Irritierung der im Zwerchfell gelegenen Phrenicusendigungen zustande kommt. Oehlecker konnte diesen Schulterschmerz bei verschiedenen chirurgischen Affektionen der subphrenischen Räume feststellen und glaubt, daß diesem Symptom für die Diagnose der Nebennierentumoren eine gewisse Bedeutung zukomme. Auch das Sistieren der Menses kann diagnostisch verwertet werden, als Ausdruck einer Wechselbeziehung zwischen der erkrankten Nebenniere und dem Ovarium. Ein Morbus Addisonii wird durch Nebennierentumoren niemals hervorgerufen. Für die Exstirpation dieser Geschwülste kommt nur die Laporotomie in Betracht, welche auch am besten über Diagnose und Operabilität Gewißheit verschafft. *Rubritius* (Prag).

Harnorgane:

Villandre, Circulation sanguine du rein. — Anatomie. (Blutzirkulation der Niere.) Progrès méd. **41**, S 133—139. 1913.

Literarische Studie über die Gefäßversorgung der Niere mit einigen Abbildungen. Außer dem normalen Verlauf der Arterien und Venen sind auch die Gefäßabnormitäten berücksichtigt und deren Bedeutung für den Chirurgen und die Nierenpathologie, spez. die Hydronephrosenbildung. Zum Schluß wird ein Überblick über die Entwicklungsgeschichte der Nierengefäße und ein Literaturverzeichnis gegeben. *Magenau* (Stuttgart).

Fromme, Fr., und C. Rubner, Die Nierenfunktionsprüfung mittels des Phenolsulfonphthaleins. (*Charité, Berlin.*) Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 588—589. 1913.

Die Untersuchungen sind (zusammen mit den früher in der Berl. klin. Wochenschrift 1912, Nr. 40) veröffentlichten Fällen an 120 nierengesunden Patientinnen vorgenommen worden und korrigieren die von Geraghty und Rowntree gemachten Angaben. Subcutane und intramuskuläre Applikationen geben keine sicheren Resultate. Empfehlenswert ist die Prüfung nach intravenöser Injektion von 1 ccm der fertig erhältlichen Lösung vorzunehmen und die in den ersten drei Stunden ausgeschiedenen Farbstoffmengen (76 % im Durchschnitt) zur Grundlage der Prüfung zu nehmen. Bei gesunden Nieren müssen während dieser Zeit mindestens 60—65 % des Farbstoffes aus dem Körper eliminiert werden. *v. Lichtenberg* (Straßburg).

Erne, F., Funktionelle Nierenprüfung mittels Phenolsulfonphthalein nach Rowntree und Geraghty. Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 510—512. **1913.**

Zunächst einige Bemerkungen zur Technik: Da Ausscheidung des Phenolsulfonphthalein durch Harnmenge nicht beeinflußt wird, läßt Verf. vor der Untersuchung nur dann trinken. wenn spärliche Ausscheidung zu erwarten steht. Bei der Injektion darf kein Tropfen verloren gehen oder in der Spritze bleiben, weil sonst sofort Fehler von mehreren Prozent in der Ausscheidung. Eine Schädigung durch die Injektionen hat Verf. nie beobachtet, zur Gewinnung des Urins den Katheter nie benutzt. Folgen drei Tabellen: Die erste über 10 Nierengesunde. bei denen alle Eiweißreaktionen negativ. Alle zeigen mindestens 45% Ausscheidung in der ersten, mindestens 70% in den beiden ersten Stunden post Injektion. Zweite Tabelle über 4 Gravidae mit geringen Abweichungen vom Verhalten der Gesunden bis auf eine, die Eiweiß und länger dauerndes Erbrechen hatte. Dritte Tabelle über 31 Kranke mit meist chronisch-diffusen Nierenkrankheiten, welche sämtlich teilweise sehr erheblich niedrigere Ausscheidungswerte für Phenolsulfonphthalein aufweisen. Besonders bemerkenswert sind Störungen der Ausscheidung bei Kranken mit bronchialem bzw. kardialem Asthma, woraus Verf. auf die Wahrscheinlichkeit schließt, daß die Asthmaanfälle durch Retention harnfähiger Stoffe hervorgerufen werden, was durch die Erfolge der Diuretinbehandlung bestätigt zu werden scheint. Auch bei orthostatischer Albuminurie fand sich geringere Ausscheidung, weswegen diese Form nicht als harmlos aufzufassen sei. Der positive Ausfall auch der feinsten Eiweißreaktionen sei bedeutungsvoll, noch wichtiger aber für das Urteil sei die Funktionsprüfung mit Phenolsulfonphthalein, die Verf. wegen ihrer Einfachheit und Sicherheit gerade dem praktischen Arzte empfiehlt. *Schultze* (Posen).

Lépine, R., et Boulud, Sur la sécrétion des deux reins, comparée. (Über die Absonderung beider Nieren im Vergleich miteinander.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des sienc. **156**, S. 754—756. 1913.

Verf. versuchen die Frage zu beantworten, ob die Nierensekretion beiderseits stets eine gleichmäßige sei. Sie führten von einer medianen Bauchincision aus extravesical einen Katheter ein in jeden Ureter eines Hundes und trugen Sorge dafür, daß die durch kleine intravenöse Injektionen von Zuckerlösung angeregte Harnabsonderung unbeeinflußt von Bewegungen des Tieres frei vor sich ging. In 12 Versuchsanordnungen stellten sie fest, daß der Urin von beiden Seiten weder in gleicher Menge entleert wird, noch auch die gleiche Zusammensetzung zeigt. Sie fassen ihre Ergebnisse dahin zusammen, daß beim gesunden Hund in Rückenlage im allgemeinen der eine Ureter eine geringere Menge Urin liefert als der andere und daß jener weniger reich ist an Chloriden, während die Harnstoffmenge weniger vermindert ist und der Stickstoffkoëffizient in jedem Falle beiderseits gleich ist. Die Ausscheidung des in die Blutbahn eingeführten Zuckers war stärker erhöht als diejenige der Chloride im Verhältnis zur anderen Seite. — Jene Unterschiede sind zum Teil abhängig von einer verschiedenen sekretorischen Aktivität beider Nieren und werden nach Auffassung der Verf. vor allem erklärt durch Verschiedenheiten in der Resorption der einzelnen Harnbestandteile in den Nieren. Die eigentlichen Ausscheidungsprodukte werden nicht resorbiert, somit ist der Unterschied in der Harnstoffausscheidung beider Nieren geringer als derjenige der Ausscheidung des Wassers und der Chloride. Man hat bisher der Resorption in den Nieren zu wenig Rechnung getragen. *Janssen.*

Rowntree, L. G., R. Fitz, and J. T. Geraghty, The effects of experimental chronic passive congestion on renal function. (Der Einfluß der experimentellen chronischen, passiven Blutstauung auf die Nierenfunktion.) Arch. of internal med. **11**, S. 121—147. 1913.

Die Autoren veranstalteten eine lange Reihe von Tierexperimenten, wobei sie die Nierenvene mittels Drainrohr und Klemme in verschiedenen Graden verengten. Die Ergebnisse dieser Experimente sind, daß die Stauung Eiweißharnen und Ausscheidung von roten Blutkörperchen sowie von hyalinen und granulierten Zylindern hervorruft. Die Autoren untersuchten auch den Wert der verschiedenen Untersuchungsmethoden, so namentlich die Ausscheidung von Lactose, Phenolphthalein, Jodkalium, Chlornatrium und stellten fest, daß die Lactoseprobe den größten diagnostischen, aber keinen prognostischen Wert, die Phenolphthaleinprobe im Gegenteil den größten prognostischen Wert hat. Milder Grad der Blutstauung verursacht keine Nitrogenanhäufung des Blutes. Sich mit experimenteller Chirurgie Beschäftigenden ist das Lesen des Originalartikels empfehlenswert. *v. Lobmayer* (Budapest).

Nogier, Th., La radioscopie rénale, ses avantages. (Die Untersuchung der Niere durch Durchleuchtung, und die Vorteile dieser Methode.) Arch. d'électr. méd. 21, S. 17—22. 1913.

Rein technische Mitteilung, welche sich auf das Instrumentarium, auf die Vorbereitung des Patienten und das Untersuchen, schließlich auf die Durchleuchtungstechnik bezieht. Die Durchleuchtung — möglichst nachts vorgenommen — ist bei aufrechter Körperstellung, guter Einstellung und Kompression (Pneumo-compresseur von Nogier) eine einfache, schnelle (Dauer 4—5 Sekunden) und sichere Untersuchungsmethode bei Steinen der Niere und des Ureters.

v. Lichtenberg (Straßburg).

● **Immelmann, Max, Das Röntgenverfahren bei Erkrankungen der Harnorgane.** Bibl. d. physikal.-med. Techn. 5, Berlin, Meusser 1913. VI, 86 S. 5 Taf. M. 1.15.

Das Buch zerfällt in zwei Hauptteile, von denen der eine die verschiedenen technischen Maßnahmen bei der Untersuchung der Harnorgane mit Röntgenstrahlen behandelt, während der andere die durch die Röntgenuntersuchung mögliche Diagnostik bei den einzelnen pathologischen Zuständen des Harntraktus bespricht. Die einfachen Aufnahmen des Harntraktus, so genannt zum Unterschied von denjenigen, bei welchen besondere Schatten gebende Körper in die Harnwege eingeführt werden, werden vorgenommen mit Kompressionsblenden. Solche sind erforderlich, um soweit wie möglich die Sekundärstrahlen auszuschalten, ferner um die Röhre möglichst der Platte zu nähern, und endlich um unter Beiseitedrängen der Därme die respiratorischen Bewegungen der Därme aufzuheben.

Die Kompressionsblende wird bei tiefer Inspiration unterhalb der 12. Rippe aufgesetzt, dann bei Exspiration in die Tiefe gedrückt und durch Drehung um die Querachse die Mündung nach oben und außen gerichtet. Um das Vorwölben der Weichteile in die Blendenöffnung zu verhindern, benützt man einen der Blende entsprechenden Luffaschwamm, der mit Leinewand bezogen ist. An Stelle der bekannten Albers-Schönbergschen Kompressionsblende läßt sich auch sehr gut das Lambertsche oder das Jaminsche Blendenstativ verwenden, besonders in Kombination mit einem breiten Gurtband, welches (über das Abdomen durch eine Stellvorrichtung fest angespannt) eine gute Kompression ausübt. Den auf eine bestimmte Stelle ausgeübten Druck kann man noch verstärken durch einen unter den Gurt gelegten Gummiballon. Auch die rotierende Spaltblende nach Lepper leistet gute Dienste, wenn es sich darum handelt, Niere, Ureter und Blase auf eine Platte zu bekommen. Die Expositionszeit bei Wehneltunterbrecher beträgt 1—3 Minuten. Verstärkungsschirme wendet Verf. nur bei sehr Fettleibigen an. Die Röhre soll mittelweich sein und hohe Belastung aushalten können. — Die Fortsetzung der Nierenaufnahme bildet das Bild des Ureters, bei dem die Blende auf die Mitte einer Verbindungslinie zwischen Spina ant. sup. und Medianlinie eingestellt wird. — Die Blase wird aufgenommen durch starkes Eindrücken der Kompressionsblende in das Becken. Der Blendenzylinder wird mit seinem unteren Rand direkt oberhalb der Symphyse eingedrückt und erhält bei der Exspiration eine Drehung nach dem Becken zu. Auf die gute Entleerung des Darms ist bei allen Aufnahmen großes Gewicht zu legen, da Darminhalt Steine und andere Veränderungen vortäuschen kann. — Die Betrachtung der Platten geschieht am besten im elektrischen Lichtkasten. Schirmdurchleuchtungen werden als absolut unsicher und subjektiv verworfen. — Formveränderungen des Nierenbeckens und des Ureters werden durch Collargolaufnahmen nach der Methode von Völker und von Lichtenberg hergestellt. Zu diesem Zweck wird eine 5—10 proz. Collargollösung durch dünnen Ureterkatheter aus einem kleinen Irrigator in das Nierenbecken einlaufen gelassen. Das überschüssige Collargol läuft neben dem Katheter in die Blase zurück. Ein normales Nierenbecken faßt 2—4 ccm, ein erweitertes bis 150 ccm. Die Aufnahme wird auf eine 40—50-Platte gemacht. Bei dieser Art der Aufnahme sind Schädigungen des Nierenparenchyms nicht beobachtet. In ähnlicher Weise werden Sauerstoffirrigationen des Nierenbeckens gemacht, um das Nierenbecken zu entfalten.

Die Diagnose der Nierensteine hängt ab von dem größeren oder kleineren Widerstand, den der Stein den Röntgenstrahlen entgegensetzt im Verhältnis zu seiner Umgebung. Demgemäß sind Steine aus oxalsaurem und kohlensaurem Kalk am besten darzustellen. Reine Harnsäuresteine werden von den Strahlen fast ganz durchdrungen. Ähnlich ungünstig sind für die röntgenologische Diagnose die Xanthin- und Cystinsteine. — Die Lage eines Steines in den Harnwegen zu bestimmen ist wichtig bei in den Ureter hinabgetretenen Steinen. Nach der Statistik des Verf. kommen auf 369 Nierensteine 121 Ureter-

steine. Eine genauere Abgrenzung der Lage des Steines, namentlich ob Becken- oder Kelchstein vorliegt, ermöglicht die Aufnahme mit Sauerstoffirrigation. Verschiedene schöne Text- und Tafelabbildungen illustrieren diese Besprechungen. Fehldiagnosen können verursacht sein durch Platten- oder Entwicklungsfehler, ferner durch Fruchtkerne, Kotsteine und verschiedene Medikamente wie Wismut, Blaudsche Pillen und andere und endlich verkalkte Drüsen. Der Prozentsatz der Fehldiagnosen wird auf 3% angegeben. Form und Lageveränderungen der Nieren wie Wander- oder Beckennieren, sowie Veränderungen durch Druck der Nachbarorgane lassen sich besser als durch einfache Aufnahmen durch die Pyelographie darstellen. Die besten pyelographischen Bilder ergeben sich bei Erweiterungen des Nierenbeckens und der Kelche, sowie bei Verdoppelungen des Beckens. Sehr wichtig ist die Pyelographie ferner zur Diagnose der Solitär- und Hufeisennieren. — In einem weiteren Kapitel wird die Anatomie des Ureters, wie wir sie erst eigentlich durch die Pyelographie kennen gelernt haben, besprochen und auf die physiologischen Engen hingewiesen. (Austritt aus dem Nierenbecken, vor der Linea innominata und bei der Einmündung in die Blase.) Auch die Größenverhältnisse und Formveränderungen der Blase bei größerem oder geringerem Füllungszustand werden durch Collargolaufnahmen studiert. Von praktischer Wichtigkeit ist die röntgenologische Darstellung der Blase bei Prostatahypertrophie, bei Divertikeln oder Tumoren der Blase und deren Umgebung. Die Tuberkulose der Niere läßt sich auch durch Röntgenaufnahmen erkennen durch die Ungleichheit und Unschärfe der außerhalb des Nierenbeckens gelegenen Schatten, welche auf das Vorhandensein von Käseherden hindeuten. Bei Anwendung des Collargols nach vorheriger gründlicher Ausspülung der Niere sieht man die Kavernenbildungen und Zerstörungen der Nierenkelche, welche durch ihre unscharfe Randzeichnung sich von hydronephrotischen Veränderungen unterscheiden, dagegen bei negativem Bacillenbefund, der bei so hochgradigen tuberkulösen Erkrankungen sicher positiv sein müßte, Tuberkulose mit Sicherheit ausschließen lassen. Der tuberkulöse Ureter gibt infolge seiner Erweiterung und starren Wandung charakteristische pyelographische Bilder. Ein kurzer Anhang über Technik bei Prostataaufnahmen, wenn es sich um Steine der Prostata handelt, sowie über Röntgentherapie bei Prostatahypertrophie beschließt das Buch, dem ein sehr ausführliches Literaturverzeichnis beigegeben ist. *Kotzenberg* (Hamburg).

Delava, Un cas de rupture traumatique du rein. (Fall einer traumatischen Nierenruptur.) Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège Jg. 52, S. 64—65. 1913.

Elsner, Henry L., Renal hematuria. (Nierenblutungen.) New York state journal of med. **13**, S. 144—150. 1913.

Rolleston, J. D., Congenital renal and ureteral anomaly. (Kongenitale Nieren- und Ureteranomalie.) Proceed. of the r. soc. of med., London **6**, Sect. for the study of dis. in childr. S. 114—117. 1913.

Die Sektion ergab bei einem 12jährigen Knaben, der an allgemeiner Paralyse nach Diphtherie zugrunde ging: Linksseitige Solitärniere, partielle Verdoppelung des linken Ureters in seiner oberen Hälfte, sowie einen nach oben blind endigenden rechten Ureter. Die rechte Niere, die rechte Nebenniere, sowie die rechtsseitigen Nierengefäße fehlten. An den übrigen Organen keine Anomalien. Verf. fand kein Analogon in der Literatur. *Israel* (Berlin).

Alglave et Papin, Énorme dilatation pelvienne et lombaire d'un uretère anormalement abouché dans l'urètre. (Hochgradige Erweiterung des Nierenbeckens und eines anormalerweise in die Harnröhre einmündenden Harnleiters.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 110—115. 1913.

45 jährige Frau, welche bis zu ihrem 11. Lebensjahr an Bettnässen gelitten hatte, erkrankte plötzlich mit heftigen Schmerzen in der Lumbalgegend und im Unterleib; 8 Tage später Aufnahme in das Hospital. Bei den einzelnen Schmerzattacken machte sich ein übelriechender, dick-eitriger Ausfluß aus der Vagina bemerkbar. Die bimanuelle Untersuchung ergab einen großen Tumor in der linken Beckenhälfte, den man des bestehenden Fiebers wegen für einen Pyosalpinx hielt und konservativ behandelte. Der Urin war klar; bisweilen empfand die Patientin nach einer Miction erneut das Bedürfnis zu urinieren; doch ging nur Eiter ab, und eine

sofort vorgenommene Blasenentleerung mittels Katheters beförderte vollkommen klaren Urin zutage. Zwei Monate später Laparotomie, da der Zustand sich nicht änderte. Man fand einen retroperitoneal gelegenen, aus dem kleinen Becken zur linken Niere aufsteigenden, fluktuierenden Sack, der auf Druck Eiter aus der Vagina ausfließen ließ. Die jetzt erst vorgenommene cystoskopische Untersuchung ergab das Fehlen der linken Uretermündung und seine Einmündung in den hinteren Teil der Harnröhre. Bei Sondierung entleerte sich Eiter. Nach Collargolinjektion zeigte das Röntgenbild ganz prächtig die enorme Erweiterung des Ureters im kleinen Becken bis hinauf zur Niere. Etwa 2 Wochen später größtenteils extraperitoneale Exstirpation des ganzen Harnleitersackes samt Niere, die der bestehenden Verwachsungen wegen sehr schwierig war. Heilung. *Rothfuchs* (Hamburg).

Rischbieth, H., and C. P. C. Crespigny, Polycystic disease of kidneys: Remarkable persistence of functions in two cases in adults. (Polycystische Erkrankung der Nieren. Bemerkenswerte Dauer der Funktion in 2 Fällen bei Erwachsenen.) Lancet **184**, S. 450—452. 1913.

2 Fälle von polycystischer Nierendegeneration: 1. 26jähriger, stets gesunder Mann erkrankt zum ersten Male mit den Erscheinungen von Darmobstruktion. Fühlbarer linksseitiger Nierentumor. Trotz Feststellung einer polycystischen Nierenerkrankung bei der Operation, trotz deutlicher gleichartiger Erkrankung auch der anderen Niere, die bei der Operation abgetastet wurde, Exstirpation der linken Niere. Pat. überlebt die Operation 6 Jahre in völliger Gesundheit und stirbt an Meningitis infolge von Otitis media. Sektion. Die Unzulässigkeit der Nephrektomie bei inkomplizierter polycystischer Nierendegeneration wird nicht erwähnt. 2. 62jähriger Mann, seit 30 Jahren Gicht, sonst gesund. Seit 14 Tagen Erbrechen und Durchfälle. Die Sektion ergibt außer einer geringen hämorrhagischen Kolitis eine starke polycystische Nierendegeneration beiderseits. Verf. hält akute Kolitis für die Todesursache. Urämie ist wohl das Wahrscheinliche. *Israel* (Berlin).

Malcolm, John D., Removal of nearly half a kidney for partial hydronephrosis sixteen years after nephrolithotomy. (Entfernung fast der halben Niere wegen partieller Hydronephrose 16 Jahre nach der Nephrolithotomie.) Proceed. of the r. soc. of med., London **6**, Clin. sect. S. 86—88. 1913.

15 Jahre nach Entfernung eines Steines durch Nephrolithotomie aus der rechten Niere — die Patientin war damals 25 Jahre alt — traten wiederum Schmerzen in der gleichen Seite auf, die auch nach Abgehen eines Steines kontinuierlich weiter bestanden. Die Freilegung ergibt eine hydronephrotische Entartung der oberen Hälfte der Niere, die sich scharf gegen die untere normale Hälfte absetzt und das Becken nicht mit einbegreift. Die Resektion der oberen Hälfte ergibt einen kleinen Stein als Ursache der partiellen Hydronephrose. Naht der Nierenwunde nach Keilexcision. Heilung. *Israel* (Berlin).

Malcolm, John D., Case of nephrectomy for hydronephrosis thirteen years after nephrolithotomy. (Nephrektomie wegen Hydronephrose 13 Jahre nach der Nephrolithotomie.) Proceed. of the r. soc. of med., London **6**, Clin. sect. S. 84—85. 1913.

Vor 13 Jahren Pyelotomie der linken Niere wegen Stein. Trotz großer Incision schwierige Extraktion des Steines. Anscheinend keine Naht. Drainage, Heilung. Jetzt nach 13 Jahren wiederum heftige Schmerzanfälle. Entfernung der hydronephrotischen Niere, Heilung. In der Niere klare Flüssigkeit, kein Stein. Zwischen dem sonst normalen Ureter und der Niere keine Kommunikation. Die Ursache dieser Stenose am Ureterabgang ist offenbar in einem fehlerhafterweise in den Ureter hineinreichenden Pyelotomieschnitt zu suchen. *Israel* (Berlin).

Tenney, Benjamin, Ureteral obstruction. (Über Ureterverschluß.) Boston med. a. surg. journal **168**, S. 373—376. 1913.

Mitteilung über 10 klinisch beobachtete und operativ behandelte Fälle von Ureterverschluß. Ursächlich kamen die verschiedensten Erkrankungen in Frage: Hydronephrosen, Ureterstein, Pyelitis, Nierentuberkulose, abnorm verlaufende Gefäße und bandartige Verwachsungen, die durch Kreuzung des Ureters zu dessen Verschluß führten. Trotz der verschiedenen Ätiologie bestehen einheitliche klinische Symptome; lokalisierte Schmerzempfindung und Harnbeschwerden. *Baetzner* (Berlin).

Pérard, Un cas d'exclusion de l'uretère iliaque. Néphrectomie. Guérison. (Ureterausschaltung, Nephrektomie. Heilung.) Arch. prov. de chirurg. **22**, S. 108—109. 1913.

Probatorische Ureterausschaltung bei einem Patienten, der an schwerer Cystitis litt. Endoskopische Untersuchung unmöglich. Da eine Nephrostomie keine Besserung brachte,

wurde der Ureter zeitweise ausgeschaltet und als die Funktionsfähigkeit der anderen Niere festgestellt war, die kranke Niere exstirpiert. *Frangenheim* (Leipzig).

Bazy, Louis, De la précocité du diagnostic et de l'intervention dans la tuberculose rénale. (Frühdiagnostik und Frühoperation bei Nierentuberkulose.) Journal d'urol. 3, S. 323—328. 1913.

Bazy jun. illustriert die allgemein anerkannten Grundsätze durch Mitteilung eines Krankheitsfalles. Die 27jährige Kranke war an einer heftigen Hämaturie erkrankt, und die Anamnese ergab, daß sie bereits seit 18 Monaten an nächtlicher Pollakiurie litt. Die exstirpierte rechte Niere zeigte nur ganz geringe Veränderungen, nämlich eine linsengroße Ulceration einer Papillenspitze des oberen Pols und an einer benachbarten Papille eine unbedeutende, kleine Kaverne.

B. erwähnt ein Symptom, auf welches sein Vater zuerst hingewiesen hat, daß nämlich bei beginnender Nierentuberkulose der Urin, unter Beibehaltung voller Durchsichtigkeit, seinen leuchtenden Anblick („brillant") verliere. Von Interesse ist, daß die tuberkulöse Erkrankung eine Wanderniere betraf. *Janssen* (Düsseldorf).

Caelin, F., Les différentes formes anatomo-pathologiques du rein tuberculeux chirurgical. (Die pathologisch anatomischen Formen der Nierentuberkulose.) Progr. méd. 41, S. 46—48. 1913.

Cathelin unterscheidet: 1. Miliartuberkulose (häufig doppelseitig). 2. Nierenbeckentuberkulose (das Nierenparenchym ist meist intakt). 3. Knotige Form (chronische Pyonephritis, hauptsächlich in den Nierenpolen finden sich kleine Höhlen). 4. Käsig-kavernöse Form. 5. Tuberkulöse Pyonephrose (die ganze Niere ist in einen Eitersack verwandelt). 6. Massive Form (Ochsenniere), gleichmäßige Vergrößerung des ganzen Organes. 7. Tuberkulöse Hydronephrose. 8. Schrumpfende fibröse Form (Niere klein, vereitert, kein Heilungsvorgang). 9. Atrophische Form. 10. Papilläre Form (ausschließliche Erkrankung der Papillen). 11. Polycystische Nierentuberkulose. 12. Tuberkulöse Steinniere (die Steine liegen in den Kavernen). 13. Perirenale, sub- oder perikapsuläre Form (der Eiter findet sich zwischen Niere und Kapsel, oder nach Kapseldurchbruch in der Umgebung des Organes. Beide Formen indizieren die Nephrektomie). *Frangenheim* (Leipzig).

Barney, J. Dellinger, The symptomatology of renal tumors; a study of seventy-four cases from the Massachusetts general hospital. (Die Symptomatologie der Nierentumoren; Beobachtungen an 74 Fällen des „Massachusetts general hospital".) Boston med. a. surg. journal 168, S. 300—302. 1913.

Die Zusammenstellung umfaßt 27 Hypernephrome, 7 Carcinome, 7 Sarkome, 3 Adenome, 1 Endotheliom; 24 Tumoren sind nicht klassifiziert. In 40 Fällen begann die Erkrankung mit allgemeinen Symptomen (Gewichtsverlust usw.). Blutung war in der Anamnese bei 39 vorhanden, davon bei 31 als erstes Symptom. In 63 Fällen bestanden Schmerzen von wechselnder Intensität, darunter häufig — im Gegensatze zu Nephrolithiasis — während der Nachtruhe. Die Patienten mit Hypernephromen zeigten keinen erhöhten Blutdruck. Die Röntgenuntersuchung ergab keine positiven Resultate; nur einige Patienten wurden cystoskopiert. Trotzdem sollen Röntgenaufnahmen mit und ohne Kollargolfüllung des Nierenbeckens gemacht werden; selbstverständlich auch alle Patienten cystoskopiert werden. 65 mal war der Tumor palpabel; die Palpation soll in Seitenlage bei angezogenen Oberschenkeln erfolgen. In 8 Fällen zeigten sich Metastasen. Keine Angaben über Behandlung und Resultate. *Mendelsohn* (Straßburg i. E).

Joly, J. Swift, Three unusual cases of renal tumor. (Drei ungewöhnliche Fälle von Nierentumor.) (Roy. soc. of med., meet. 11. III., 1913.) Lancet 184, S. 888. 1913.

1. Fall. Hypernephrom vom oberen Nierenpol ausgegangen. Exstirpation der Niere im Zusammenhang mit der Fettkapsel. $2^1/_3$ Jahr nach der Operation kein Rezidiv. 2. Fall. Vergrößerung der rechten Niere um das Doppelte. Wegen starker Hämaturie Operation wie im Fall 1. Nach 8 Stunden Tod im Shock. Es handelte sich um ein Hypernephrom mit zahlreichen Tochterknoten in der Niere und einem Knoten in der Fettkapsel. 3. Fall. Großer, glatter Tumor in der linken Lumbalgegend, mit der Atmung frei beweglich. Laparotomie, wobei sich die renale Natur des Tumors herausstellte. Naht des Peritoneums und lange Incision von der Mitte des ersten Schnitts lumbalwärts, Entfernung der Niere, ihrer Fettkapsel und der linken Glandulae aorticae im Zusammenhang. Heilung und Rezidivfreiheit bei der letzten Vorstellung, 1 Jahr 9 Monate nach der Operation. Der Tumor war ein primäres Nierencarcinom. In solchen Fällen betrachtet Verf. als Operation der Wahl die von Grégoire angegebene Entfernung der Niere mitsamt ihrer Fettkapsel, der Capsula suprarenalis, den Lymphgefäßen und den Lymphdrüsen an der Aorta, empfiehlt aber statt des Grégoireschen Schnittes die von ihm in vorerwähntem 3. Falle angewandte T-förmige Incision. *Kempf* (Braunschweig).

Harttung, Heinrich, Über Hypernephrome der Niere. (*Allerhlg.-Hosp., Breslau.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121**, S. 560—580. 1913.

Verf. berichtet über 4 operierte Fälle von Hypernephrom der Niere (und über ein Nierencarcinom). Nach der mikroskopischen Untersuchung der 4 sogenannten Grawitzschen Tumoren kommt Harttung zu der Überzeugung, daß diese Geschwülste wahrscheinlich nicht aus versprengten Nebennierenkeimen hervorgehen, sondern daß sie nephrogenen Ursprungs sind; eine Ansicht, für die früher Sudeck und in neuerer Zeit besonders Stoerk und Zehbe eingetreten sind. *Oehlecker* (Hamburg).

Israel, Wilhelm, Demonstrationen zur Nierenchirurgie. Zeitschr. f. Urol. **7**, S. 262—268. 1913.

Papillenspitzen-Tuberkulose mit Braunfärbung der Papillen infolge von Blutungen. Nierentuberkulose mit Hydronephrosenbildung infolge narbiger Verziehung des Ureters. Atrophie einer tuberkulösen Niere. Pyonephrosis occlusa calculosa. Kongenital angelegte Hydronephrose. Blutungen bei malignem Tumor der Niere, die nicht aus dem Tumor, sondern aus dem tumorfreien Parenchym und der Schleimhaut des Nierenbeckens stammen. *Frangenheim* (Leipzig).

Legueu, Indications et contre-indications opératoires dans les reins. (Operative Indikationen und Gegenindikationen bei Nierenerkrankungen.) (*Hôp. Necker.*) Progr. méd. **41**, S. 74—76. 1913.

In dem vorliegenden klinischen Vortrag beschäftigt sich Legueu mit den operativen Maßnahmen bei Nephrolithiasis (Nephrektomie, Pyelotomie, Nephrotomie). Wesentlich für die Indikationsstellung ist es, ob das Steinleiden eine sonst gesunde Niere betrifft, oder ob die Niere alteriert ist (Hydronephrose, Pyelonephrose, schwere Infektion). L. tritt im allgemeinen lebhaft für die Pyelotomie ein, wenn der Stein im Nierenbecken gelegen ist, auch bei leichteren Alterationszuständen des Nierenbeckens. Bei schwerer Infektion und bei großer Hydronephrose ist die Nephrektomie die Operation der Wahl, vorausgesetzt, daß der Zustand der anderen Niere dies zuläßt. Nach Möglichkeit soll die Operation à froid gemacht werden, eventuell zweizeitig, unter Vorausschickung der transrenalen Drainage. — Bei im übrigen gesunder Niere ist die Art des Eingriffs abhängig vom Sitz des Steins (Radiographie). Bei Nierenbeckenstein: Pyelotomie; bei Sitz des Steins in den Kelchen: kleine Nephrotomie; bei wechselnder Lage des mobilen Steins kann man ihn eventuell in das Becken verlagern und die einfachere Pyelotomie vornehmen. — Sind mehrere Steine vorhanden, die sich von einer Incisionsstelle aus nicht entfernen lassen, so sind entsprechend mehrfache Incisionen zu machen, eventuell Nephrotomie und Pyelotomie. — Beim Vorhandensein sehr großer, ramifizierter Kelchsteine, deren Entfernung sehr erschwert ist, kommt die Nephrektomie in Frage, die besser ist als eine schwierige Nephrotomie unter Zurücklassung eines atrophischen, funktionsuntüchtigen Organs. Legueu betont die häufige Notwendigkeit, den Operationsplan während des Eingriffes zu wechseln, wenn anatomische und pathologische Verhältnisse die für das geplante Vorgehen erwünschte Freilegung und Entwicklung der Niere hindern. *Janssen* (Düsseldorf).

Bazy, L'avenir des néphrectomisés. (Das Schicksal der Nephrektomierten.) Bull. méd. **27**, S. 188—189. 1913.

Verf. hat über das spätere Schicksal Nephrektomierter Untersuchungen angestellt und besonders über folgende Punkte Aufklärung zu erhalten versucht: Ist der Nephrektomierte ebenso arbeitsfähig und widerstandsfähig wie der Zweinierige? Was wird aus ihm in bezug auf Rückkehr seines Leidens, Fernrezidive und Generalisierung seines Leidens? Er kommt auf Grund einzelner angeführter Fälle (eine größere Statistik wird nicht gegeben) zu folgenden Resultaten. Diejenigen Personen, denen eine Niere weggenommen wurde, verhalten sich, wenn die andere Niere gesund, geradeso, als wenn sie beide Nieren besitzen würden, wobei das Wohlbefinden, dessen sie sich längere oder kürzere Zeit nach der Nephrektomie zu erfreuen haben, ein Kriterium für die Integrität der Nierenfunktion darstellt. Hinsichtlich der Krankheitsursachen, die eine Nephrektomie notwendig machen, fand er, bei Nierentumoren die Resultate äußerst ermutigend, da die Patienten 14, 11, 10, 8 und 3 Jahre nach des Verf.s eigenen Beobachtungen vollständig

gesund waren. Ferner bei Nierentuberkulose, daß das günstige Ergebnis vielfach vom Zustand der Blase abhängt. Ist diese noch intakt, tritt Genesung ein, ist sie schon affiziert, Besserung und zwar diese um so schneller und vollständiger, als die Veränderungen der Blase noch geringer und jüngeren Datums sind. Schließlich bei einfachen Eiterungen tritt vollständige Heilung ein und es verschwindet, wenn solches vorhanden war, auch das Albumen aus der gesunden Niere. *Kotzenberg* (Hamburg).

Kellock, T. H., Ligature of the renal artery and vein as a substitute for nephrectomy. (Ligatur der Nierengefäße als Ersatz der Nephrektomie.) (Roy. soc. of med., meet. 11. III., 1913.) Lancet **184,** S. 887—888. 1913.

Krankengeschichte eines Indiers, bei dem zu Hause außer einer perinealen Lithotomie schon verschiedene Operationen an der linken Niere vorgenommen waren. Bei der Ankunft in England fand sich starke Entkräftung und in der linken Lumbalgegend außer zahlreichen Narben eine eitrig secernierende Höhle, die auf die linke Niere führte. Im Urin Eiter und röntgenographisch ein Stein, augenscheinlich im linken Nierenbecken, den man auch mit einer Sonde fühlen konnte. Beim Versuch ihn zu entfernen, starke Blutung, die nur durch schnelle Erweiterung der Fistel, Extraktion des Steins und Tamponade gestillt werden konnte. 18 Tage später transperitoneale Unterbindung der linken Nierenarterie und -vene. Die lumbale Eiterung heilte aber erst nach einer 2. Operation, bei der sich die anämische, brüchige Niere bequem stückweise entfernen ließ. Verf. meint, die Nephrektomie wäre hier in Anbetracht der vorausgegangenen Blutung und der Verwachsungen schwierig und gefährlich gewesen, während die Gefäßunterbindung den gleichen Erfolg gehabt hätte. Er empfiehlt daher dies Verfahren, das auch bei septischer Niere die Asepsis nicht gefährdert, für geeignete Fälle.
Kempf (Braunschweig).

Henschen, Karl, Nephropexie vermittelst transplantativer Bildung einer fascialen Aufhängekapsel. (*Chirurg. Univ.-Klin., Zürich.*) Arch. f. klin. Chirurg. **100,** S. 962—968. 1913.

Henschen hat ein Operationsverfahren für die Wanderniere ausgearbeitet und in einem Falle mit Erfolg angewandt, welches die Nachteile der einpoligen Fixation der Niere vermeidet, und welches in der Einpackung des Organs in einen großen, frei transplantierten Lappen der Fascia lata besteht. Bei der 32jährigen mageren Frau wurde ein 20×15 cm großer Fascienlappen entnommen, dieser durch einen Längsschnitt bis zur Mitte halbiert und hier für den Nierenhilus ein Loch eingeschnitten. Der Fascienlappen wurde nun um die Niere herumgelegt und mit feinen Seidennähten vernäht. Dann wurde die Fascie am Quadratus lumborum, lumbodorsalis und der muskulösen Hinterwand der Nierennische fixiert. Das gute Resultat wurde bei einer späteren Nachuntersuchung bestätigt. *Nordmann* (Berlin).

Schönberg, S., Zur Ätiologie der Cystitis emphysematosa, ein Beitrag zur Gasbildung der Bakterien der Koligruppe. (*Pathol.-anat. Inst., Basel.*) Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. **12,** S. 289—310 1913.

Schönberg berichtet über 3 Fälle von Cystitis emphysematosa, die innerhalb 15 Monaten im Pathologischen Institut Basel zur Sektion kamen. Stets handelte es sich um Frauen. Ob die anatomischen Verhältnisse des weiblichen Urogenitalapparates ätiologisch eine Rolle spielen, vermag Verf. nicht zu entscheiden. Bakteriologisch können als ätiologischer Faktor verschiedene gasbildende Bakterien in Frage kommen. Nach Sch.s u. a. Untersuchungen spielen in manchen Fällen Bakterien aus der Koligruppe eine ausschlaggebende Rolle, indem diese sowohl beim Mesenterialemphysem der Schweine als bei der Cystitis emphysematosa als sichere Erreger nachgewiesen werden konnten. Einzelne zur Koligruppe gehörende Bakterienstämme besitzen die Fähigkeit, auch in nicht zuckerhaltigen Nährböden und auf tierischem Gewebe Gas zu entwickeln. *Naegeli* (Zürich).

Brickner, Samuel M., Incontinence of urine due to laceration of the sphincter of the bladder, cured by operation. (Urininkontinenz infolge Zerreißung des Blasenschließmuskels, durch Operation geheilt.) Americ. journal of obstetr. **67,** S. 134—135. 1913.

20 jährige Frau, die sich bei der ersten Geburt eines künstlich entbundenen toten Kindes schwere Zerreißungen zugezogen hatte, gegen die schon bei der Entbindung ohne vollen Erfolg operativ vorgegangen war. Pat. litt an Urinträufeln besonders im Stehen. Die Untersuchung ergab keine Fistel, aber Prolaps der Urethralschleimhaut und Abriß der Urethra mit der vorderen Vaginalwand. Nochmaliger Eingriff (nach Wertheims Operation der Cysto-

cele), bei der sich an der Blase nur noch ein 2 cm langer Harnröhrenrest fand. Naht des Sphincter vesicae und der Harnröhre. Dauerkatheter. Später noch kleine Plastik unter Lokalanästhesie wegen eines nach der Operation zurückgebliebenen Defekts im unteren Teil der Urethra. Entlassung mit voller Kontinenz für 4 bis 5 Stunden. *Kempf* (Braunschweig).

Chute, Arthur L., The early recognition of tumors of the bladder. (Die Frühdiagnose der Blasentumoren.) Boston med. a surg. journal **168**, S. 302—305. 1913.

An der Hand einschlägiger eigner Beobachtungen weist Chute nach, daß unsere Resultate in der Behandlung von Blasentumoren nur besser werden können, wenn sie frühzeitiger dem Chirurgen zugeführt werden. Jede blutige Harnentleerung, auch wenn die Blutung ohne Behandlung wieder für längere Zeit steht, und keine Schmerzen verursacht, hat als ernstes Symptom zu gelten. Die „gutartigen" Geschwülste der Blase können nicht nur durch „maligne Degeneration", sondern auch durch schwere Blutungen und aufsteigende Infektion gefährlich werden. Die Blasentumoren sind oft mit einmaliger Cystoskopie nicht zu erkennen. Wenn die Diagnose gestellt ist, soll man sich vor dem Blasenschnitt die Lokalisation eventuell durch eingeführte Uretersonde gut bestimmen, da man sich an der eröffneten und kollabierten Blase schwerer orientieren kann. *Mendelsohn* (Straßburg).

O'neil, R. F., Observations on recent cases of bladder tumors at the Massachusetts general hospital with special reference to operative technic. (Bemerkungen über frische Fälle von Harnblasentumoren in dem allgemeinen Krankenhause von Massachusetts mit besonderer Berücksichtigung der operativen Technik.) (*Genito-urinary dep.*) Boston med. a. surg. journal **168**, S. 305—308. 1913.

10 Fälle von Harnblasentumoren bei Patienten im Alter von 18—72 Jahren, von denen in bezug auf ihren Charakter angesprochen wurden: 4 als infiltrierende Krebse, 3 als maligne Papillome, 2 als gutartige Papillome; ein Fall zeigte chronische Entzündung mit wenig epithelialen Elementen. In bezug auf die Symptomatologie wurde nichts wesentliches Neues konstatiert. Die Anwendung der suprapubischen Cystotomie wurde auf die Tumoren mit schlankem Stiel, welche nicht in der Nähe der Uretermündungen saßen, beschränkt. Für alle breitbasig aufsitzenden und infiltrierenden Tumoren wird die transperitoneale Cystotomie als die Operationsmethode der Wahl bezeichnet. Wenn die Resektion umfangreich war oder Entzündungserscheinungen an der Harnblase sich fanden, wurde die geöffnete Harnblase nicht durch Naht geschlossen, sondern suprapubisch extraperitoneal drainiert. Nach einigen Tagen wurde das suprapubische Drain entfernt und durch das Einlegen eines Dauerkatheters in die Urethra der Schluß der suprapubischen Fistel zu begünstigen gesucht. Bei sehr umfangreichen Tumoren oder Ergriffensein von beiden Uretermündungen Totalexstirpation der Harnblase nach Watson. *Leuenberger* (Basel).

Blecher und Martius, Über einen Fall von malignem Tumor der Blase von syncytialem Bau. (*Garnisonlaz., Darmstadt.*) Zeitschr. f. Urol. **7**, S. 269—276. 1913.

Der in der vorderen Blasenwand submukös sitzende, scharf begrenzte Tumor, welcher bei 21 jährigem Mann durch Sectio alta entfernt wurde, bietet ein gewisses histologisches Interesse, weil er sich mit seinem atypischen Aufbau und der ausgesprochen syncytialen Anordnung der Zellen in der Reihe der bekannten hierher gehörigen Geschwülste nicht unterbringen läßt. *Rehn* (Jena).

Häuer, Ein seltener Fremdkörper in der männlichen Harnröhre. Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 530. 1913.

Häuer berichtet von einem 70 Jahre alten Mann, welcher sich bei plötzlich eintretender Harnverhaltung infolge von Prostatahypertrophie eine 18 cm lange, mit Perlmutterknopf armierte Hutnadel, Knopf voran, in die Harnröhre eingeführt hatte, in der Absicht, hierdurch eine Harnentleerung herbeizuführen. Bei der ärztlichen Untersuchung am Tag nach der Einführung der Nadel wurde an der ventralen Seite des stark oedematoesen, halb erigierten Penis, 7 cm vom Orificium extern. urethrae entfernt, die Nadelspitze, welche die Wand der Harnröhre durchbohrt

hatte, dicht unter der Haut gefühlt. Beim Sondieren der Harnröhre kam man in gleicher Entfernung vom Orificium extern. urethrae auf einen metallisch sich anfühlenden Widerstand. Die Blase war prall gefüllt. Es wurde sofort die Urethrotomie externa ausgeführt und die Nadel durch die Wunde entfernt. Die Operationswunde wurde nach der Extraktion des Fremdkörpers durch Etagennaht geschlossen. Glatte Heilung. *Salomon* (Greifswald).

Männliche Geschlechtsorgane:

Spillmann, L., G. Thiry et J. Benech, La gangrène spontanée des organes génitaux chez l'homme et chez la femme. (Die Spontangangrän der Genitalorgane beim Manne und bei der Frau.) Paris méd., S. 319—328. 1913.

Nach einem Überblick über die sekundären Gangränen dieser Organe, die, abgesehen von solchen nach Urininfiltrationen, nach Verletzungen dieser Organe aller Art, bei Alkoholismus, Diabetes, Ergotismus, nach der Anwendung kaustischer Substanzen, im Verlauf fieberhafter Erkrankungen — Typhus (besonders bei der Frau beobachtet) Pocken, Rotz — bei Syphilis, Malaria, Grippe, beobachtet wurden, wird die spontane Gangrän der Genitalorgane geschildert. Sie kommt am häufigsten beim Manne vor, sehr selten bei der Frau. Bei dieser sind nur 3 Fälle bekannt. Zwei wurden aus der Literatur zitiert, ein dritter selbst beobachteter ausführlich mitgeteilt. Ohne bekannte Ursache kommt es bei meist jungen, gesunden Männern nach vorausgegangener ödematöser Schwellung und Rötung zu mehr oder weniger ausgedehnten Nekrosen an den Genitalorganen bei gleichzeitigen schweren Allgemeinsymptomen. Die Prognose ist gut: in kurzer Zeit stoßen sich die Nekrosen ab und es erfolgt die Heilung, meist ohne Zurückbleiben dauernder Schädigungen. Komplikationen sind selten. Im Gegensatze dazu ist die Prognose bei der Frau sehr schlecht: alle drei bekannten Fälle sind gestorben, nachdem die unaufhaltsam fortschreitende Gangrän Scheide und Mastdarm in eine Kloake umgewandelt hat. Die Pathogenese dieser Erkrankung ist noch sehr dunkel. Bei dem mitgeteilten Falle wurden bei der bakteriologischen Untersuchung zahlreiche Vincentsche Bacillen und Spirillen (Bacillus hastilis Seitz und Spirochaeta Vincenti) gefunden, außerdem Klebs-Löfflersche Diphtheriebacillen und andere durch Absonderung von Milchsäure oder Trypsin Nekrosen hervorrufende Bakterienarten.

Magenau (Stuttgart).

Legueu, La prostatectomie en deux temps. (Die Prostatektomie in zwei Zeiten.) Clinique (Paris) 8, S. 162—165. 1913.

Technik: Zunächst suprapubische Cystostomie etwa 1—2 Querfinger oberhalb der Symphyse. Dann kann bei der späteren Prostatektomie die Blasenwunde, wenn nötig, nach unten erweitert werden, ohne Gefahr, das Peritoneum zu verletzen, was bei den schweren Fällen, um die es sich handelt, möglichst zu vermeiden ist. Darauf Lokalbehandlung der Blase und Allgemeinbehandlung mit vegetarischer und kochsalzfreier Diät zur Besserung der Nierenfunktion, ev. mehrere Monate lang, bis man dem Patienten die Prostatektomie zumuten kann. Diese selbst soll rasch ausgeführt werden. Schluß der Blasenfistel etwa 12 Tage nach der Prostatektomie durch Ablösen der Blase von der Bauchwand in Lokalanästhesie und Versenken derselben in der Tiefe mit oder ohne Naht. Der Schluß der Cystostomie unmittelbar im Anschluß an die Prostatektomie ist gefährlich.

Von ungefähr 150 Prostatektomien wurden 19 zweizeitig ausgeführt. Davon starben 2. Bei einzeitiger Operation wären sicherlich alle gestorben, da es sich um sehr schwere Fälle handelte. Die Operation in zwei Zeiten wird empfohlen bei dringlichen Fällen mit Harnverhaltung und Unmöglichkeit zu katheterisieren, wenn die Funktion der Nieren unbekannt ist, bei Prostatikern mit infizierten Blasen, bei denen der Dauerkatheter nichts nützt oder nicht ertragen wird, ferner bei Harnvergiftung infolge chronischer Urinstauung nach vorausgegangenem Katheterismus, bei eitriger Prostatitis, schließlich bei Leuten über 80 Jahre. Zum Schluß wird noch an der Hand einiger Fälle der Vorzug der Methode und die Wichtigkeit einer genauen Kontrolle der Nierenfunktion erläutert, ehe man zur Prostatektomie schreitet. *Magenau* (Stuttgart).

Gayet, G., Champel et Fayol, Un procédé pour l'extirpation large du cancer de la prostate. (Ein Verfahren für die ausgiebige Exstirpation des Prostatakrebses.) Journal d'urol. 3, S. 333—350. 1913.

Bei radikalem Vorgehen muß die Exstirpation der geschlossenen Prostata nicht nur

mit ihrer Kapsel, sondern auch mit ihrer Fascienloge verlangt werden. Hierzu wird folgende, bei zwei Fällen mit gutem Erfolg angewandte Methode angegeben. Da in großer Tiefe bei schwieriger Orientierung gearbeitet wird, so ist ein möglichst ausgiebiger Zugang nötig. 1. Akt: Schnitte vom Steißbein bis zum linken Tuber ischii, das Rectum wird nach seitlicher Incision der oberflächlichen Fascie freigelegt und nach rechts und hinten verlagert. 2. Akt: die im Grund der Wunde fühlbare Prostata wird dem Auge zugänglich gemacht durch scharfe Durchtrennung der hier liegenden Fascie. Die Samenbläschen kommen zu Gesicht und werden schonend freipräpariert, die Hinterwand der Blase wird mit dem Finger von Prostata und Peritoneum abgelöst. Die Prostata wird seitlich möglichst frei gemacht. Dabei müssen einige Gefäße unter Leitung des Auges durchtrennt werden: Gefahr den Ureter zu verletzen 3. Akt: Verlängerung des Hautschnittes bogenförmig den Anus umkreisend bis zur Mittellinie, dann nach vorne verlängert bis zur Skrotalwurzel. Der Levator ani wird von hinten nach vorne durchtrennt. Durchtrennung des M. recto-uretralis, des M. transvers. per. und der Fascie. Auf einem eingeführten Katheter wird die Pars membran. urethrae 1 cm vor der Spitze der Prostata eröffnet. der Trakhor wird eingeführt und davor die Urethra quer durchtrennt. Die Drüse wird seitlich vom Levator ani und dessen Fascie und ebenso vorne mit der Schere freigemacht. Die beträchtliche Blutung steht auf Tamponade. 4. Akt: wenn man sich genügend bis zur Vorderwand der Blase emporarbeiten kann, wird diese oberhalb des Tumors quer eröffnet. In beiden operierten Fällen war dies unmöglich, deshalb vordere Medianspaltung der Pars prostaticae urethra (Albaran). Vor den jetzt gut zugänglichen Uretermündungen wird die Blase quer durchtrennt, Aufsuchen der Samenbläschen, Durchtrennung der letzten Verbindungen seitlich und hinten mit den Fascien. 5. Akt: Nahtvereinigung der Vorderwand der Blase mit der oberen Wand der Urethra. Nach unten wird die breitoffene Blase ausgiebig drainiert, der Levator ani wird genäht, ebenso zum Teil die Haut, ausgiebige Drainage und Gazetamponade. Heilung bei beiden Fällen in ungefähr zwei Monaten. Später kam es bei beiden Fällen zu Stenosen und Urinfisteln, bei einem wurde nachträglich eine Cystostomie angelegt. Diese Erfahrung läßt es zweckmäßig erscheinen, künftighin der eigentlichen Operation eine Cystostomie vorauszuschicken. Dann kann bei der Prostatektomie ausgiebiger genäht werden, und es besteht eher die Aussicht, daß späterhin die Blasenfistel überflüssig wird. *Magenau.*

Tytgat, E., Vasectomie dans un cas de cancer inopérable de la prostate. (Vasektomie in einem Fall von inoperablem Prostatacarcinom.) Belg. méd. **20**, S. 123. 1913.

Verf. hat durch die Vasektomie bei einem nicht mehr operablen Prostatacarcinom sofortigen Rückgang eines sehr quälenden Priapismus, der den notwendigen Katheterismus in höchstem Maße erschwerte, sowie Verschwinden der äußerst heftigen Schmerzen erzielt. In ähnlichen Fällen sei daher der ungefährliche, kleine Eingriff als Palliativmittel zu empfehlen.

Draudt (Darmstadt).

Zindel, Leo, Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der Hodenbestrahlung auf die Prostata. (*Chirurg. Univ.-Klin., Straßburg.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. **1**, S. 75—102. 1913.

Nachdem Verf. die Unzulässigkeit eines Vergleiches zwischen Prostatahypertrophie und myomatösem Uterus begründet und die Ätiologie der ersteren und die biologischen Beziehungen zwischen Prostata und Hoden gestreift hat, gibt er einen Auszug aus der Literatur über die Wirkung der isolierten Bestrahlung der Hoden und der Prostata. Um eine solche mit sicherem Ausschluß der Prostata auf die Hoden wirken zu lassen, hat er bei sechs eigenen Versuchen an Hunden die mit dem Samenstrang in Verbindung gelassenen Testikel unter die Bauchhaut verpflanzt. Ein Hund wurde nicht bestrahlt, um festzustellen, ob etwa schon die Verlagerung an sich Veränderungen an Hoden oder Prostata hervorruft, was sich als nicht zutreffend erwiesen hat. Bei den anderen fünf Hunden hat die meist sehr intensive Bestrahlung in den Hoden einen rein degenerativen Prozeß der samenbildenden Zellen ergeben bei einem Mangel jeglichen Einflusses auf die Gefäße. Am schnellsten erliegt das Samenepithel, dann die Spermatiden und Spermatocyten, während die Sertolizellen und die fertigen Spermatozoen am widerstandsfähigsten sind. Das interstitielle Gewebe wurde nur wenig beeinflußt, ebenso die Membrana propria der Kanälchen. Die Prostata war in allen Fällen vollkommen unverändert geblieben. 6 Versuchsprotokolle. *Schultze* (Posen).

Wassiljew, A., Zur Klinik de Colliculus seminalis. (*Chirurg. Klin. des Prof. Fedoroff, St. Petersburg.*) Chirurgitscheski Archiv Weljaminowa **29**, S. 45—54. 1913. (Russisch.)

Verf. verfügt über ein ungemein großes Material von 680 genau endoskopisch untersuchten Fällen. Auf Grund seiner Untersuchungen berichtet er folgendes:

Die Größe des Colliculus seminalis beträgt im Durchschnitt 5 mm, wobei diese Zahl im Verhältnis zur Penisgröße gewissen Schwankungen ausgesetzt ist. Die häufigste Form des Colliculus ist die eines Pfostens mit abgerundeter oder zugespitzter Spitze. Manchmal ist die

Form einem Kegel ähnlich. Die Oberfläche ist glatt, die Farbe rot mit gelben Ton und meist blasser als die umgebende Schleimhaut. Das Epithel ist glatt, glänzend und feucht. Der Colliculus blutet meist nicht, falls die Untersuchung mit genügender Vorsicht ausgeführt wird. Die Berührung des Colliculus ist schmerzlos, wird aber vom Patienten gefühlt. Die Mündungen der ductus ejaculatorii und des utriculus prostaticus sind endoskopisch gut sichtbar. Die Mündung des Utriculus liegt in der oberen Hälfte des Colliculus und hat dreieckige Form. Falls die Mündung des Utriculus scharf ausgeprägt ist und die ductus ejaculatorii endoskopisch nicht gesichtet werden können, so muß an eine gemeinsame Mündung gedacht werden.

Unter den ätiologischen Momenten der Colliculuserkrankungen waren in 70% Gonorrhoe anzugeben. 15% entfielen auf Onanie, 5% auf Coitus interruptus und Excessus in Venere, 2% auf habituelle Obstipation. In den übrigen Fällen handelte es sich um Reizung des Colliculus durch Harnsalze und instrumentelle Beschädigung. — Die Symptome sind sehr mannigfach. Es bestanden Ejaculatio praecox und Spermatorrhoe. Häufig waren Harntenesmen, Schmerzen beim Urinieren und ein „Fremdkörpergefühl" vorhanden. Bei der Harnuntersuchung war die erste Portion meist trübe, die zweite immer klar. Bei der Rectaluntersuchung konnte nur in 5% der Fälle eine normale Prostata festgestellt werden. Wenn man die Patienten mit Gonorrhoe in Anamnesi ausscheidet, so steigt diese Prozentziffer auf 14,55. In 0,3% bestand Prostataatrophie. Bei der urethroskopischen Untersuchung unterscheidet Verf. 4 Gruppen pathologisch anatomischer Veränderungen. 1. Chronisch weiche Infiltrate mit Hauptbeteiligung der Mucosa propria und kleinzelliger Infiltration. Der Colliculus ist hierbei vergrößert, stark gerötet und blutet leicht. 2. Feste Filtrate. Colliculus vergrößert, hart und blasser als die umgebende Schleimhaut, häufig Bläschenbildung. Schleimhaut ödematös. Blutung selten. 3. Die 3. Gruppe ist durch polypartige Wucherungen ausgezeichnet. 4. Atrophische Formen. Colliculus geschrumpft; kaum zu sehen. — Die Öffnungen der Ductus ejaculatorii sind in den Fällen der ersten Gruppe meist nicht zu sehen. In der zweiten Gruppe dagegen klaffen sie häufig. Schwinden die Entzündungserscheinungen, so treten die Ductusöffnungen besser zutage. Häufig konnten Schleim- und Eiterpfropfen im Utriculus prostaticus. gefunden werden. Einmal wurde ein Konkrement aus letzteren Gebilde entfernt Der Utriculus und die Fossula prostatica sind bequeme Herbergen der Gonokokken. Die Diagnose gründet sich auf die vorhin angeführten Merkmale, auf einen Schmerzpunkt in der Mittellinie der Prostata im hinteren Drittel und die Empfindlichkeit der hinteren Urethralwand bei der Sondenuntersuchung à boulle. Die Urethroskopie ist dann schließlich entscheidend. In den Fällen des Verf. wurden Colliculusveränderungen ohne Prostataveränderungen beobachtet und umgekehrt bestanden bei allen Prostataerkrankungen Veränderungen im Colliculus. Die Erkrankung des Colliculus kann also isoliert sein. — Die Therapie (Massage, Elektrisierung, Suppositorien, Silberinjektionen) richtet sich daher immer gegen die Prostata. Die lokale Behandlung des Colliculus bestand in Beizung desselben mit 5—25% (allmählich steigend) Arg. nitr. Die Resultate sind gut. Bei Wucherungen der Colliculusschleimhaut Excochleation und Galvanokaustik nach Goldschmidt. — In der letzten Zeit wurde in den tripperfreien Fällen die Untersuchung des Sinus prostaticus (mit der von Schewkunenko angegebenen Sonde) vorgenommen. Auch die Ductus ejaculatorii konnten mit bestem Erfolg am lebenden Menschen sondiert und auf ihre Durchgängigkeit geprüft werden. Indiziert ist die Sondierung bei Spermatorrhoe und Impotenz. — Der vorläufigen Mitteilung des Verf. über seine 680 Fälle soll eine ausführlichere Beschreibung seines Materials folgen.

Hesse (St. Petersburg).

Belfield, William T., Skiagraphy of the seminal ducts. (Die Samenleiter im Röntgenbild.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 800—801. **1913.**

Von einer kleinen Incision in das Vas deferens dicht oberhalb der Hoden wird Collargol in Samenleiter und Samenblasen eingespritzt und man erhält durch das Röntgenbild auf diese Weise Aufschlüsse über Physiologie und Pathologie der genannten Teile. Die Menge von 4—5 ccm einer 10—15 proz. Lösung sollte nicht überschritten werden. Das Collargol geht in den nächsten

Tagen mit dem Urin ab; der Samen wird schwarz gefärbt. Mit der Methode ist nachzuweisen: 1. eine normale Peristaltik ohne Ejakulation, 2. ein Sphinkterverschluß der Samenblasen, 3. häufig Striktur oder Verschluß dieser Teile. *Draudt* (Darmstadt).

Löwenstein, E., Über Tuberkelbacillenbefunde im Urin bei Hodentuberkulose. (*Staatl. serotherap. Inst., Wien.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 499—500. 1913.

Unter 18 Fällen von Hodentuberkulose fand Löwenstein sowohl bakteriologisch als im Tierversuch Tuberkelbacillen im Urin, obgleich die eingehendste cystoskopische Untersuchung weder eine Erkrankung der Blase noch der Nieren nachweisen konnte. Auch die Abtastung der Samenblasen ergab keinen Anhaltspunkt für das Bestehen einer tuberkulösen Erkrankung dieser Organe. Es bleibt also nichts übrig als anzunehmen, daß es sich in diesen Fällen um Tuberkulose der Prostata gehandelt hat und daß von hier aus die Bacillen in den Urin gekommen sind. Nach einer auf Veranlassung Weigerts vorgenommenen Sammelstatistik G. Kochs ist die tuberkulöse Erkrankung der Prostata recht häufig. Es fanden sich unter 243 Fällen von Genitaltuberkulose 78 isolierte Prostatatuberkulosen, aber nur 47 isolierte Hodentuberkulosen. Unter 87 Fällen von Genitaltuberkulose war die Prostata 86 mal erkrankt. Die Prostata scheint nach Weigert eine besonders geeignete Ablagerungsstätte für Bakterien zu sein. Der hämatogene Weg der Infektion ist der wahrscheinlichste. Verf. glaubt auch, daß bei der relativen Häufigkeit der Prostatatuberkulose es sehr gut möglich ist, daß von der Prostata aus der Hoden und Nebenhoden tuberkulös infiziert wird, und erinnert an die Versuche von Oppenheimer und Low über antiperistaltische Bewegungen und die Möglichkeit der Verschleppung von Keimen aus dem Vas deferens in den Kopf des Nebenhodens. Bei Sektionen sollte scharf auf tuberkulöse Erkrankung der Prostata untersucht werden. In jedem Fall von Hodentuberkulose sollte der Urin genau auf Tuberkelbacillen untersucht und deren Herkunft aus den Nieren festgestellt oder ausgeschlossen werden. *Kotzenberg* (Hamburg).

Wolfendale, Geo. A., Acute epididymitis due to muscular strain. (Akute Epididymitis nach Muskelanstrengung.) Brit. med. journal **2725**, S. 608. 1913.

Krankengeschichte eines kräftigen, sonst gesunden 27 jährigen Mannes, der das Bedürfnis zu urinieren nicht gleich befriedigen und nachher den Harn nur unter Beschwerden entleeren konnte. Am folgenden Tage leichte Schmerzen in der linken Leiste und dem linken Hoden. Am 3. Tage Schwellung dieser Teile. Trotzdem arbeitete Pat. bis zum 5. Tage. Jetzt ließen sich Härte und Schwellung ohne besondere Empfindlichkeit des linken Hodens nachweisen, die sich auf den Samenstrang bis in die Leistengegend fortsetzten. Langsame Besserung. Interessant war an dem Falle 1. die allmähliche Entwicklung der Erkrankung, 2. die geringe Schmerzhaftigkeit trotz starker Kongestion, 3. die Dauer der Symptome. Pat. war noch 5 Wochen nach Beginn der Erkrankung in Behandlung, 4. das Fehlen einer Infektion, die nach Verf. mit ziemlicher Sicherheit auszuschließen war, 5. das Fehlen von Ekchymosen in der Leistengegend. Nach Ansicht vom Verf. war die Ursache des Leidens eine heftige Kontraktion der Bauchmuskeln mit Druck auf die Venen und vielleicht Ruptur einer kleinen Vene. *Kempf* (Braunschweig).

Siter, E. H., Infection of the genitourinary tract by micrococcus catarrhalis. (Infektion des Urogenitaltraktus durch Micrococcus catarrhalis.) (*Dep. of genitourin. surg., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.*) New York med. journal **97**, S. 503—505. 1913.

Eitriger Ausfluß aus der Harnröhre ist zuweilen nicht durch den Gonokokkus bedingt, sondern durch einen ihm mikroskopisch gleichenden Diplokokkus, den Microkokkus catarrhalis, der den Bakteriologen wohlbekannt, den Klinikern dagegen herzlich wenig bekannt ist. Er kommt in der normalen männlichen Harnröhre, in der entzündeten Conjunctiva, in Zahngeschwüren, Influenza- und Keuchhustensputum, sowie bei Hals- und Nasenaffektionen vor und läßt sich nach Verf. Ansicht vom Gonococcus nur kulturell unterscheiden. Er soll harmlos sein und im allgemeinen keine Komplikationen verursachen. Die Inkubation der Krankheit beträgt einige Tage bis wenige Wochen. Als einzigstes Symptom bemerken die Pat. den weißlich-eitrigen Ausfluß; Brennen beim Wasserlassen und Harndrang

fehlt fast immer. Objektiv kann man im ersten Urin einige weiße Flocken feststellen, sonst ist der Urin völlig klar. Urethroskop und Cystoskop zeigen normale Schleimhaut. Die Behandlung besteht in Darreichung von milden balsamischen Mitteln und reichlicher Wasserzufuhr. Örtliche Behandlung ist, da direkt schädlich wirkend, zu unterlassen. Heilung durchschnittlich in 2 Wochen. Leute mit chronischer Prostatitis und Urethritis sollten bakteriologisch genauestens auf genannten Kokkus untersucht werden. *Rothfuchs* (Hamburg).

Jansen, Eine eigenartige Penisplastik. (*Städt. Krankenh., Stralsund.*) Med. Klin. **9,** S. 456—457. 1913.

Bei einem Manne, dem nach Amputatio penis wegen Carcinoms der Stumpf der Urethra auf den Damm verlagert war, trat Urinverhaltung auf. Die Urethra wurde bis zur Symphyse herauspräpariert, von der Symphyse abgelöst, durch die Wunde herausgeleitet und mit Haut aus dem Bruchsacke der gleichzeitig bestehenden Riesenhernie bedeckt. Auf diese Weise entstand ein Penis retroscrotalis, dessen Urethra bis zu dem nach 4 Jahren erfolgenden Tode des Patienten gut funktionierte. *Stettiner* (Berlin).

Morestin, H., Epispadias. (Epispadie.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 430—436. 1913.

Hunter, Q. W., and Frank K. Green, Anent the ancient operation of circumcision. (Über die alte Operation der Circumcision.) Pediatrics **25,** S. 89—93. 1913.

Weibliche Geschlechtsorgane:

Sanes, K. I., Septic pelvic thrombophlebitis. (Septische Thrombophlebitis der Beckenvenen.) Americ. journal of obstetr. **67,** S. 36—66. 1913.

Den Anfang des auf der 25. Versammlung amerikanischer Geburtshelfer und Gynäkologen in Toledo (Ohio) gehaltenen Vortrags bilden pathologisch-anatomische Erörterungen über die Ätiologie und das Wesen der Thrombose. Als ursächliche Komponenten kommen in Betracht: Verlangsamung der Zirkulation, Veränderungen der Gefäßwand, Änderungen der Blutzusammensetzung, insbesondere Vermehrung der Blutplättchen, und Infektion. Abhängig von der Schwere der letzteren ist das Symptomenbild und läßt akute von subakuten und chronischen Formen der Thrombophlebitis unterscheiden. Bei den akuten Fällen ist im Anfang der Nachweis thrombosierter Venen durch vaginale Untersuchung wichtig. Ferner Schüttelfröste, deren gehäuftes Auftreten im Anfang der Krankheit jedoch nicht unbedingt einen schlechten Ausgang zu bedeuten braucht. Der Puls ist meist niedriger, als die Temperatur erwarten läßt. Schmerzen fehlen. Ödem der unteren Extremitäten ist immer nachweisbar. Kein charakterisitischer Blutbefund. Die operative Behandlung hat bei 122 Fällen 52,4% Mortalität ergeben, während die Statistiken von Lea und Latzko zusammen für 765 konservativ behandelte Fälle 51,6% Mortalität konstatieren. Letztere würde noch geringer sein, wenn die zahlreichen milden, nicht diagnostizierten Formen mitgezählt werden könnten. Trotzdem glaubt Verf., daß mit zunehmender besserer Kenntnis der Frühsymptome durch Frühoperation die operative Behandlung der konservativen sich überlegen zeigen wird. Operation der Wahl ist transperitoneale Ligatur mit oder ohne Panhysterektomie. Bei eitriger Erweichung der Thromben und Periphlebitis wird extraperitoneale Drainage hinzugefügt. *Krüger.*

Stone, I. S., The conservative treatment of salpingitis by uterine and tubal injection. (Die konservative Behandlung der Salpingitis durch Injektionen in Uterus und Tuben.) Journal of the Americ. med. ass. **60,** S. 656 bis 657. 1913.

Bei Adnexerkrankungen konnte Verf. in zahlreichen Fällen beide Tuben und Ovarien oder wenigstens einen Teil der Adnexe erhalten und wieder funktionsfähig machen, indem er die Eitererreger durch Injektionen von 25% Jodtinktur in den Uterus und in die Tuben abtötete. Die Jodtinktur wird mittels einer mit konischer Spitze versehenen Spritze unter Druck in das Cavum uteri injiziert. Alsdann werden die Genitalorgane durch Laporatomie kontrolliert; bei Durchgängigkeit der Tuben findet sich Jodtinktur zuweilen in der freien Bauch-

höhle; andernfalls wird mit derselben Spritze unter Druck Jodtinktur in das abdominelle Tubenende injiziert. Erhaltung der Tuben, soweit sie durchgängig sind. Gute Heilerfolge mit Beschwerdefreiheit und späterer Konzeption. Am besten geeignet subakute gonorrhöische Erkrankungen und Infektionen unbekannten Ursprunges. *Hochheimer* (Berlin-Schöneberg).

Degouttes, L., et R. Olivier, Rôle des lésions intestinales dans le pronostic opératoire des annexites tuberculeuses (lésions du grêle surtout). (Die Bedeutung der Darmläsionen für die Operationsprognose bei tuberkulösen Adnexerkrankungen.) Lyon méd. **120,** S. 541—547. 1913.

Verff. weisen auf die Bedeutung der Darmverwachsungen bei tuberkulösen Adnexerkrankungen hin. Operiert man diese, dann beachte man bei ihrer Lösung auch die geringste Läsion der Serosa, besonders des Dünndarms; entweder übernähe man sie, sonst, wo dies nicht möglich, mache man eine Enteroanastomose oder Resektion der Schlinge. Sonst droht eine Perforationsperitonitis, zum mindesten eine langwierige Darmfistel. Bei Verwachsungen mit dem Dickdarm, von dem besonders die Flexura sigmoidea in Betracht kommt, löse man diese stumpf und suche das kleine Becken gegen die Bauchhöhle abzuschließen. Einschlägige Fälle dienen zur Illustration des Gesagten. *Herzfeld* (Berlin).

Seeligmann, Ludwig, Über ein erfolgreiches Heilverfahren bei einem Sarkom (Rezidiv) des Eierstocks, das die Wirbelsäule ergriffen hatte. Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 637—638. 1913.

Durch die kombinierte Behandlung von intravenösen Arseninjektionen und Röntgenbestrahlungen ist das inoperable Rezidiv eines histologisch als Spindelzellensarkom festgestellten Ovarialtumors in 8 Wochen der Genesung entgegengeführt worden. *Colley* (Insterburg).

Cruet, Pierre, L'examen de la vessie dans les cancers du col utérin. (Blasenuntersuchung bei Krebs der Cervix uteri.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 115—119. 1913.

Verf. hat bei Cervixkrebs eingehende Blasenuntersuchungen vorgenommen, denen neben einer genauen bimanuellen und rectalen Untersuchung eine besondere Bedeutung zukommt. Aus den funktionellen Blasenstörungen, die meist nur geringfügiger Natur sind, läßt sich ein Schluß auf die Operabilität des Krebses nicht ziehen. Dagegen ist das cystoskopische Bild von großer Wichtigkeit, indem es uns schon vorher auf Schwierigkeiten bei der Operation aufmerksam macht und uns erkennen läßt, ob der Tumor operabel oder inoperabel ist. Das Cystoskop läßt Vorwölbung der Blasenwand, anormale Gefäßinjektion, Hämorrhagien und Faltenbildung der Schleimhaut, diffuses Ödem und Bläschenödem, ein direktes Einwuchern des Carcinoms in die Blasenwand in Form von weißlichen, undurchsichtigen und härtlichen Granulationen sowie Ulcerationen erkennen. Nach Verf. Ansicht kann man beim Fehlen genannter Erscheinungen und auch noch bei einfacher Vorwölbung der Blasenwand ohne Veränderungen der Mucosa und ohne größere Gefäßanomalien auf eine glatte Operation rechnen; bei Anwesenheit von Ödem, Faltenbildung und Hämorrhagien muß man sich auf Schwierigkeiten gefaßt machen. Einwucherung von Neoplasmamassen und Ulcerationen deuten auf einen inoperabeln Fall. Eine geschwollene, hervorspringende und ödematöse Uretermündung sowie Anomalien in der Urinausstoßung lassen auf Schwierigkeiten bei Auslösung der Ureteren schließen. *Rothfuchs* (Hamburg).

Mauclaire, Fistules vésico-vaginales. (Zur Blasenscheidenfistelbehandlung.) (*Hôp. de la charité.*) Progr. méd. **41,** S. 163—166. 1913.

An der Hand von 3 operierten Fällen wird das Zustandekommen von Blasenscheidenfisteln im Anschluß an langdauernde Geburten, an geburtshilfliche Operationen, nach Uterusexstirpationen infolge Verletzung der Blase beim Abschieben von der Cervix, durch Fremdkörper, schließlich durch carcinomatöse oder tuberkulöse Geschwüre besprochen. Die Diagnose läßt sich gewöhnlich durch Speculumuntersuchung mit dem Auge stellen; in schwierigen Fällen zeigen Injektionen mit Milch oder Farbflüssigkeiten den Weg des Fistelganges. Letzteres Verfahren dient auch neben Cystoskopie und Ureterenkathetrismus zur Unterscheidung von Ureterscheidenfisteln und Blasenscheidenfisteln. Neben den höchst lästigen Beschwerden der Kranken durch die dauernde Benässung besteht die Gefahr ascendierender Nierenentzün-

dung. Ferner kann es im Anschluß an narbige Veränderungen der Scheide zu Verlagerung der Unterleibsorgane, zu Entzündungsprozessen im Bauchinnern und Folgezuständen kommen. — Besprechung der Operationsverfahren der direkten Naht. In erster Linie kommt es auf breite Anfrischung, gutes Nahtmaterial, ev. Silberdraht und den unerläßlichen Dauerkatheter an. Verf. hat den Versuch gemacht, durch Ureterenkathetrismus direkt nach der Naht dauernd die Blase zu entlasten, mit negativem Erfolg. In speziellem Fall kann Bauchlage zur Entlastung der Blasennaht in Frage kommen. Oft führt eine Verdoppelung der Blasen-Scheidenwand zum Ziel oder Deckung des Defektes durch einen Hautlappen aus Gesäß oder Schenkel. Minutiöse Technik und Blutstillung sind die Vorbedingungen für ein Gelingen der Operation. Trotzdem erlebt man Mißerfolge. Hält die Naht nicht, so empfiehlt Verf. mindestens 1. Monat mit einem neuen Eingriff zu warten. Bei der Operation selbst kann es passieren, daß man den Ureter, wenn die Fistel stark seitlich liegt, mit faßt, oder daß man, besonders bei Fisteln nach Totalexstirpation, das Peritoneum verletzt; die Folgeerscheinungen liegen auf der Hand. — Es werden dann noch die Verfahren erwähnt, seitwärts neben dem Rectum vom Perineum aus an die Fistel zu gelangen, ferner die Naht durch Sectio alta oder durch Heranarbeiten an die Fistelstelle retrovesical von oben. Für Fälle mit großen Substanzverlusten kommen dann noch die Verfahren in Frage, die auf indirektem Wege einen Abschluß der Fistel herbeizuführen versuchen: die Kolpokleisis oder Hysterokleisis mit Schaffung einer Scheidendarmfistel oder Implantation der Ureteren in das Rectum. Doch diese Methoden haben viele Nachteile: Kloakebildung, Steinbildung in der chronisch gereizten Scheide infolge Stagnierens des Urins, Unmöglichkeit der Fortpflanzung; das Verfahren der Wahl bleibt die direkte Naht, auch wenn die Versuche des Fistelschlusses einige Male fehlschlagen, zuletzt glückt es doch. *Brewitt* (Lübeck).

Virenque, Maurice, Des tumeurs malignes primitives du vagin. (Über primäre maligne Tumoren der Vagina.) (*Hôp. Cochin.*) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. **2**, S. 175—204. 1913.

An der Hand eines selbstbeobachteten Falles von primärem Vaginalcarcinom beschreibt Verf. unter Verwertung ausgebreiteter Literaturangaben ausführlich die Geschichte, Klinik, Symptomatologie, Histologie und Therapie der primären malignen Vagninalgeschwülste (Epitheliom, Sarkom, Chorionepitheliom, Geschwülste des Wolffschen und Gartnerschen Ganges). Genaue Schilderung der bekanntesten älteren und neueren Operationsverfahren. Bei der zusammenfassenden Kritik derselben kommt Verf. zu dem Schluß: Maligne Tumoren des unteren Vaginaldrittels sollen vom Damm aus angegangen werden unter gleichzeitiger Entfernung der regionären Drüsen in beiden Schenkelbeugen. Tumoren im mittleren und oberen Vaginaldrittel sind bei dicken und heruntergekommenen Kranken von unten zu entfernen nach der Methode von Schuchardt-Schauta, bei mageren und widerstandsfähigen Kranken aber nach der kombinierten Methode von J. L. Faure-Polosson. (Mobilisierung des Tumors mit Manschettenbildung der Scheide von unten, dann Entfernung des gesamten Genitalapparates mit Drüsenausräumung von oben.) *Kalb* (Stettin).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

● **Straßer, H., Lehrbuch der Muskel- und Gelenkmechanik. Bd. 2: Spezieller Teil, Erste Hälfte.** Berlin, Springer 1913 VIII, 538 S. Mk. 28.—.

Das vorliegende Buch bildet die Fortsetzung des 1908 erschienenen allgemeinen Teiles der Muskel- und Gelenkmechanik und behandelt die spezielle Mechanik des Stammes. Da eine Besprechung der Mechanik des Körpers auf der Betrachtung des anatomischen Baues des Skelettes und seiner Verbindungen basiert, werden zunächst in mehreren Abschnitten die Grundzüge der Anatomie des Stammes gegeben. Weiterhin werden die Möglichkeiten der Stellungsänderungen der einzelnen Skeletteile und die Kräfte, die diese Veränderungen hervorbringen, besprochen. So erfährt die Atmung, sowohl die Bauchatmung, wie die Thoraxatmung, eine genaue Analyse über die dabei vorhandenen mechanischen Bedingungen und die auslösenden Kräfte, d. h. also der Muskeln. Für den Chirurgen und besonders den Orthopäden ist die Besprechung der Mechanik der Wirbelsäule und der Rumpfhaltung von hervorragendem Interesse, weil sich daran die Erörterung der Frage der mechanischen Verhältnisse, der Scoliose

und ihrer Entstehung, anschließen. Verf. konnte die Verhältnisse, wie sie in der Wirbelsäule gegeben sind, vollkommen auf die theoretischen Ergebnisse der Untersuchung über die Zug- und Druckwirkung beim gegliederten, biegsamen Stab zurückführen. In einem weiteren Abschnitt folgt die Statik des Beckens, wobei speziell auch auf die Momente eingegangen wird, die die typischen Beckendeformationen bei den verschiedenen Erkrankungen bedingen. — Als Anhang folgt eine Besprechung der statischen Verhältnisse beim Vierfüßlerstand, um dadurch die Unterschiede in der Konstruktion, die mit der Verschiedenheit des Standes in Zusammenhang stehen, zu beleuchten. Den Schluß bildet die Darlegung der Verhältnisse beim Kiefergelenk und bei den Stellungen und Bewegungen des Augapfels. Durch 231 zum Teil schematisierte, das Wesentliche klar hervorhebende Abbildungen wird der Text ergänzt. Das zunehmende Interesse, das von Chirurgen und Orthopäden dem Ausbau der Gelenk- und Muskelmechanik entgegengebracht wird, erhält durch die exakten Untersuchungen des Verf. wertvollste Anregung und Unterstützung. *Baisch* (Heidelberg).

Horwitz, Alfred, Über eine neue Methode zur operativen Behandlung der ischämischen Contractur. (*Chirurg. Univ.-Klin., Berlin.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121**, S. 531—543. 1913.

Bei einer myogenen, 12 Jahre bestehenden ischämischen Contractur der Hand erzielte Klapp durch Resektion der ersten Handwurzelreihe, verbunden mit Tenotomie und plastischer Verlängerung der stark kontrahierten tiefen und oberflächlichen Beuger, einen guten Erfolg. Dem Bericht über diesen Fall schickt Horwitz einen Überblick über Wesen und bisherige Behandlungsweisen der ischämischen Contractur voraus. *Rehn* (Jena).

Poncet, Antonin, Arthrites chroniques et rhumatisme tuberculeux. (Chronische Arthritiden und tuberkulöser Rheumatismus.) Presse méd. **21**, S. 244—245. 1913.

Neben den traumatischen, infektiösen, durch fehlerhafte Blutmischung oder durch Insuffizienz innerer Sekretion bedingten Arthritiden sind noch Arthritiden bekannt, deren Genese bisher dunkel war. Poncet führt den Nachweis, daß es sich hierbei um eine tuberkulöse Infektion handle, deren Virus jedoch zu schwach sei, um die typischen Erscheinungen tuberkulöser Infektion zu machen. Biologische Untersuchungen und Tierexperiment geben in diesen Fällen ein positives Resultat, meist sind auch manifeste oder latente sonstige Herde nachweisbar. Die Therapie muß die der chirurgischen Tuberkulose sein. Röntgenbestrahlung war ohne Erfolg. Biers Hyperämie erwies sich als wertvoll, am bedeutungsvollsten erscheint die Heliotherapie. *Strauß.*

Tedesko, Fritz, Über Arthigonbehandlung der Arthritis gonorrhoica. (*K. K. allg. Krankenh., Wien.*) Wien. med. Wochenschr. **63**, S. 635—636. 1913.

Verf. berichtet über gute Erfolge, welche er bei 7 Fällen gonorrhoischer Gelenkerkrankungen mit Injektion der Bruckschen Gonokokkenvakzine, Arthrigon, gemacht hat. Es wurden bis zu 1,2 ccm des Mittels injiciert. Besonders bemerkenswert ist die Krankengeschichte eines 26 jährigen Patienten, bei welchem eine zweimonatliche Spitalbehandlung ohne jede Einwirkung auf die gonorrhoisch erkrankten Gelenke (linkes Sprunggelenk, rechtes Metakarpophalangealgelenk, rechtes Kniegelenk) geblieben war. Viermal wurde Arthrigon in Dosen von 1/2 ccm bis zu 1,2 ccm injiciert. Die erste Injektion führte zur Temperaturerhöhung bis 37,8 und Schmerzhaftigkeit in den affizierten Gelenken. Nach 40 Tagen war völlige Funktionsfähigkeit der Gelenke erzielt. Behandlung im floriden, ja selbst fieberhaften Stadium der Entzündung, Verzicht auf Fixation der schmerzenden Gelenke, Wahrscheinlichkeit der Verhinderung einer Ankylose, erhebliche Abkürzung der Behandlungsdauer: das sind nach Ansicht des Verf. die sehr beachtenswerten Vorzüge der von Bruck eingeführten Vakzinationstherapie. *Kayser* (Köln).

Blencke, August, Ein Beitrag zur Frage der tabischen Arthropathien und Spontanfrakturen. Fortschr. d. Med. **13**, S. 309—316. 1913.

Es ist heute bekannt, daß die tabischen Orthropathien, Osteoarthropathien und Spontanfrakturen mit einer Erkrankung resp. Alteration des Nervensystems zusammenhängen und daß diese sich ohne jegliches Trauma entwickeln können. Hiervon streng zu trennen sind die Frakturen, die nach einem selbst geringfügigen Trauma entstehen; dabei ist darauf zu achten, daß der fehlende Schmerz nicht Veranlassung werden darf, die Fraktur als Spontanfraktur anzusprechen. Die meisten Fälle derartiger Gelenkleiden und Frakturen kommen im Prodromalstadium der Tabes zustande, sie sind somit oft Frühsymptome beginnender

Tabes. Bei den plötzlich in Erscheinung tretenden Arthropathien spielen nach Ansicht des Verf. oft Gelenkbrüche eine Rolle. Therapeutisch ist ein gut sitzender Schienenhülsenapparat zu verwenden. Hinsichtlich der Unfallentschädigung ist richterlicherseits zu entscheiden, ob die angeschuldigte Betriebstätigkeit eine derartige gewesen, daß sie das betriebsübliche Maß überschritten hat (Becker). *Becker* (Halle a. S.).

Chir.Kong.

Garrè, Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.

Als Leiter der chirurgischen Kliniken in Rostock, Königsberg, Breslau und Bonn hat G. seit 19 Jahren 1000 Fälle von Knochen- und Gelenktuberkulose stationär behandelt. Für den Erfolg der Behandlung sind lediglich spät unternommene Nachuntersuchungen maßgebend. Diese sind in einer möglichst großen Anzahl ausgeführt. Die Behandlung soll nicht einseitig sein, sondern möglichst modifiziert werden, je nach dem Alter, den sozialen Verhältnissen, sowie auch nach dem jeweiligen, dem betreffenden Chirurgen zur Verfügung stehenden Krankenmaterial, das in den verschiedenen Gegenden und Krankenhäusern ganz verschieden ist. Verschieden war auch die Behandlung der Tuberkulose in den einzelnen Gelenken. Die Schultergelenkstuberkulose wurde meistens mit Jodoforminjektionen konservativ behandelt. Die Resultate waren bezüglich der Ausheilung gut, sie erfolgte jedoch fast ausnahmslos mit vollkommener Ankylose. Nur in einem Fall, bei dem es zu einer Atrophie des Caput humeri kam, trat Beweglichkeit im Gelenk ein. Die Resektion wurde nur in schweren Fällen vorgenommen, und zwar nach Langenbecks Methode. Von 22 nachuntersuchten Fällen zeigte sich als Höchstmaß auf $^1/_3$ verminderte Kraft und auf $^2/_3$ verminderte Beweglichkeit. — Bei der Tuberkulose des Ellbogengelenks wurde im kindlichen Alter meist konservativ verfahren und die Jodoforminjektion mit Fixation des Gelenkes angewendet. Bei Erwachsenen wurde die Resektion bevorzugt. 22 Fälle von Resektion konnten nachuntersucht werden, hiervon waren 19 Fälle vollkommen ausgeheilt, 11 Fälle vollkommen leistungsfähig bei bestehender Ankylose. Es wurde niemals Schlottergelenk beobachtet und bisher nie die Muskelinterposition nach Helferich zwecks Erzielung einer Beweglichkeit ausgeführt. Die Eröffnung des Gelenkes bei der Resektion wurde vermittelst des Ollierschen Schnittes ausgeführt. — Bei der Tuberkulose des Handgelenkes waren die Resultate bei konservativer Behandlung sehr günstig. Weniger erfreulich waren die Erfolge bei der Resektion Diese sollte niemals in typischer Weise ausgeführt werden, da aus naheliegenden Gründen alsdann die funktionellen Resultate ungünstig sind. — Die Hüftgelenkstuberkulose wurde ebenfalls vorzugsweise konservativ behandelt. Contracturen in Flexionsstellung versuchte man durch Extensionsverband in bessere Stellungen überzuführen. das Brisement zum gleichen Zwecke ist durchaus zu vermeiden. War die Stellung gut, dann wurde sofort der fixierende und entlastende Geh-Gipsverband angewendet. Jodoforminjektionen wurden nur bei der abscedierenden Form der Hüftgelenkstuberkulose angewendet. War der Prozeß ausgeheilt, so wurde zur Vermeidung einer sekundären Flexionscontractur ein sogenannter Badehosen-Gipsverband mit freiem Kniegelenk angelegt. Die Ausheilung der Hüftgelenkstuberkulose nahm im Durchschnitt eine Dauer von 3 Jahren in Anspruch. Die Resektion wurde auch bei Zerstörung des Schenkelhalskopfes sowie der Pfanne vermieden. Sie wurde nur aus vitalem Interesse, nicht zur Besserung der Resultate ausgeführt, bei Eiterungen mit Fieber sowie bei der schweren fungösen Form, bei der das Allgemeinbefinden in hohem Maße gestört ist. Im allgemeinen operierte Vortr. nach König. nur wenn der Sequester vorn lag, wurde der Hüter-Schedesche Schnitt angewendet. Die Nachuntersuchung ergab bei den konservativen Fällen ein wesentlich günstigeres Resultat als in den Fällen, wo operiert werden mußte. — Die Kniegelenkstuberkulose ist die Form der Gelenkstuberkulose, bei der Ref. vorzugsweise die Resektion anwendet. Er hat sie in 268 Fällen ausgeführt und wendet den Textorschen Querschnitt an. Bei Kindern muß zur Vermeidung der sekundären Flexionscontractur jahrelang eine Hülse getragen werden. Von 188 Nachuntersuchungen waren 14 gestorben, 7 davon an Tuberkulose. In den

174 restierenden Fällen war die Tuberkulose in 92% ausgeheilt. Bei der Resektion im kindlichen Alter wird die Epiphyse möglichst geschont, der Knorpel oberflächlich mit dem Messer weggeschnitzt. Infolgedessen war in den meisten Fällen die Verkürzung der Extremität nicht sehr hochgradig. Bei einer Verkürzung bis zu 3 cm ist sie ohne Bedeutung. Nur wenn die Epiphysenknorpel durch den tuberkulösen Prozeß zerstört waren, wurde später eine größer Verkürzung beobachtet. Bei entsprechender Nachbehandlung sind Flexionscontrakturen vollkommen vermeidbar. In 14% der Nachuntersuchungen wurden stärkere Contracturen beobachtet, bei 31% war eine Contractur bis zu 150° vorhanden, und in 53,4% war überhaupt keine Contractur nachweisbar. Das Gesamtresultat bei der Kniegelenktuberkulose war ein außerordentlich günstiges, da die Funktion des Beins sowie die Stellung im Kniegelenk in 83% der nachuntersuchten Fälle ein gutes war. Aus diesem Grunde wird die Kniegelenkstuberkulose auch im Kindesalter besser operiert als konservativ behandelt. — Die Fußgelenkstuberkulose (220 Fälle) wurde in 60% konservativ und in 40% operativ behandelt. Die Resektion wurde bei schwerem Fungus, bei Sequestern und in Fällen von Eiterung vorgenommen. Von 87 Resektionen waren die Hälfte Kinder, ein Viertel im zweiten Lebensdezennium. Die Resektion des Fußgelenkes wurde nach König ausgeführt. Die Resultate dürfen in bezug auf die definitive Ausheilung der Tuberkulose und vor allem in bezug auf gute Gelenkbeweglichkeit als sehr gut bezeichnet werden (80%). Im Anschluß an diese Schilderung seines Beobachtungsmaterials geht G. noch auf Einzelheiten neuer Behandlungsmethoden ein. Wegen der Gefahr der Sekundärinfektion warnt er vor der Incision von Abscessen. Fisteln sollen möglichst durch Resektion des tuberkulösen Herdes zur Ausheilung gebracht werden. Bei der Stauungsbehandlung hat Ref. wenig Erfolge gesehen. Tuberkulin hat er nie angewandt. Auch die Röntgenbehandlung war nicht sehr befriedigend, da bei der Knochen- und Gelenktuberkulose die Strahlen wegen der mangelhaften Tiefenwirkung und wegen der Dichtigkeit des Knochens nicht an die kranke Stelle gelangen können. Ein großer Wert ist auf die gute Allgemeinbehandlung zu legen, und zum Schluß seines Vortrages verweist G. auf die glänzenden Ergebnisse, die Rollier mit der Freiluft- und Sonnenbehandlung im Hochgebirge erzielt hat. Da aber die in Rede stehende Erkrankung 99% unbemittelter Personen betrifft, so kommen diese Faktoren für die Mehrzahl der davon Betroffenen nicht in Betracht. *Katzenstein* (Berlin).

König (Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose): Eine Beurteilung des Wertes der einzelnen Verfahren ist nur möglich, wenn die behandelten Kranken einer Dauerkontrolle der Kliniken, die durchaus möglich ist, unterstehen. Erst die Zusammenstellung einer solchen von vielen Kliniken lange durchgeführten Kontrolle läßt eine Entscheidung über die Bedeutung der verschiedenen Behandlungsarten zu. Zurzeit steht er ganz auf dem Standpunkt wie Garré bezüglich der konservativen und operativen Behandlung der verschiedenen Gelenktuberkulosen. Es müssen jedoch außerdem die modernen Verfahren berücksichtigt werden. Da die Mehrzahl der Kranken die Sonnenbehandlung im Hochgebirge nicht haben kann, so muß man nach Ersatz suchen. Die Wirkung der Sonnenstrahlen ist durch die ultravioletten Strahlen bedingt, und solche stehen uns in den Quarzlampen zur Verfügung. Diese Quarzlampenbestrahlung hat K. zuerst bei schwer heilenden Hautwunden, dann bei Hauttuberkulose mit gutem Erfolge angewandt. Er ging alsdann zur Behandlung von Gelenk- und Knochentuberkulosen über. Er verwendet sie als lokale sowie auch als allgemeine Bestrahlung. Die lokale Bestrahlung des tuberkulösen Herdes wird in einer Entfernung von 30—40 cm bis zu 30 Minuten alle 2 Tage ausgeführt. Es entsteht danach eine intensive Rötung, ähnlich wie beim Gletscherbrand. Danach sehr günstige Beeinflussung des tuberkulösen Prozesses. Die Allgemeinbestrahlung findet täglich statt. Es wird hierbei der nackte Körper in einer Entfernung von einem Meter 5 Minuten bis 1 Stunde lang bestrahlt. K. hat nie eine Schädigung von dieser Behandlung gesehen, im Gegenteil, außerordentlich

Chir.Kong.

günstige Wirkungen. Lokal trat eine Besserung und Heilung des tuberkulösen Prozesses ein, das Allgemeinbefinden hob sich, der Appetit wurde besser, ebenso der Schlaf, die Patienten nahmen an Gewicht zu. Nur dreimal fand eine Gewichtsabnahme statt. Im ersten Falle handelte es sich um eine Spondylitis mit sekundärer Infektion, im zweiten Falle lag eine Komplikation durch Herzfehler vor, und im dritten Falle handelte es sich um ein sehr fettreiches Individuum mit Spondylitis. *Katzenstein* (Berlin).

Chir.Kong. **Wilms, Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.**

Das Resultat der jetzt 5jährigen Erfahrung mit der modernen Behandlung der Tuberkulose ist folgendes: Die Behandlung im Hochgebirge und an der See zeigt zweifellos die besten Resultate, jedoch kommen wir im Flachlande auch unter Verwendung der weniger intensiven Sonnenbestrahlung bei den meisten Formen der Tuberkulose aus, wenn die Röntgentherapie zu Hilfe genommen wird. Glänzende Erfolge zeigen sich dann bei den tuberkulösen Lymphomen des Halses, deren Exstirpation ich aus prinzipiellen Gründen ablehne, weil ich der Meinung bin, daß durch die Röntgentherapie nicht nur die entstellenden Narben vermieden werden, sondern auch weniger Rezidive auftreten und während der Röntgenbestrahlung eine erhöhte Resistenz gegen die tuberkulöse Reinfektion vom Körper erworben wird. Punktion bei vereiterten Drüsen, Ausräumung von kleinen Schnitten aus bei verkästen Lymphomen sind die Heilung beschleunigende Mittel, denen ich zuweilen auch noch Jodoforminjektion hinzufüge. Bei Knochen- und Gelenktuberkulose erreichen wir selbst in ambulanter Behandlung bei den leicht zugänglichen Gelenken des Armes recht gute Erfolge in relativ kurzer Zeit. Auch Rippen- und Schultertuberkulose reagieren auf die Röntgentherapie günstig. Nicht ganz so vorteilhaft erweist sie sich bei der Fuß- und Knietuberkulose. Ungenügend sind bisher die Resultate bei Spondylitis und Coxitis, speziell bei Erwachsenen. Bei Kindern bedienen wir uns auch öfter der Röntgentherapie, ohne daß wir bisher Nachteile im Wachstum gesehen haben, wir blieben allerdings bei der Bestrahlung unter einer Sabourauddose. Die Quecksilberquarzlampe ersetzt die Höhensonne nach unseren Erfahrungen nicht, scheint aber doch einen kleinen Effekt bei längerer Anwendung zu haben. Die Tuberkulinkur unterlassen wir bei den Patienten, die starke Pirquetsche Reaktion haben, verwenden sie dagegen bei Kranken mit geringer oder fehlender Reaktion, wenn es sich um fungöse Formen der Tuberkulose handelt. Die geringe Reaktion gestattet hier ein schnelles Steigen mit der Tuberkulindose, so daß zuweilen schon nach 3—4 Wochen der vorher negative Pirquet stark positiv wird. Die schnellste Heilung der Tuberkulose läßt sich erzielen durch Höhen- und Meerklima mit gleichzeitiger lokaler Röntgenbehandlung, weil bei dieser Kombination gleichzeitig der Gesamtorganismus und der lokale Herd zur verstärkten Reaktion gebracht war. *Selbstbericht.*

Chir.Kong. **de Quervain** (Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose) sieht den Hauptfortschritt in der modernen Tuberkulosebehandlung in der Berücksichtigung des Allgemeinzustandes der Patienten. Seit 10 Jahren beschäftigt er sich mit der Sonnen- und klimatischen Behandlung der Gelenktuberkulose. Ungeeignet für diese Behandlung sind die Fälle, die sekundär infiziert sind, oder bei denen schon Amyloid der Organe vorhanden ist. In den übrigen Fällen ist ein sehr bedeutender Prozentsatz von Heilungen beobachtet worden. Die Dauer der Behandlung beträgt 2 Jahre, jedoch kommen auch bei ihr zuweilen Rezidive vor. *Katzenstein* (Berlin).

Chir.Kong. **Iselin,** der Begründer der Röntgentherapie, berichtet ausführlich über seine Erfahrungen mit diesem Verfahren. Vergleiche dieses Zentralblatt Bd. I, Heft 11, Seite 494.

Chir.Kong. **Ritter:** Es ist kein Zweifel, daß das Klima eine große Rolle spielt. Das merkt man, wenn man von der See ins Binnenland kommt. Man wird dann leicht zu Resektionen gedrängt. R. hat aber nicht viel Gutes davon gesehen. Die Leute haben

meist zu wenig Blut zur Heilung. Daß man auch im Binnenland selbst in verzweifelten Fällen schwerster offener und fistulöser Tuberkulose zum Ziel kommen kann, zeigen zwei von R. behandelte Patienten mit ausgedehnter Handgelenkstuberkulose. Ganz elende Frau, schwanger, und abgezehrter Mann über 70 Jahre. Gewaltiger geschwüriger Defekt an dem Hand- und Unterarmrücken, in dem sämtliche Handwurzelknochen, Metakarpalköpfchen und Vorderarmgelenkenden schwarz verfärbt nekrotisch hervorschauen.• Amputation wurde abgelehnt. Stauung führte nicht zum Ziel. Es konnte keine Blutfülle erreicht werden. Erst als stärkste arterielle Hyperämie täglich drei Stunden zur Stauung hinzugefügt wurde, kam es zu vollkommener Heilung unter Abstoßung kleiner Sequester. Selbstbericht.

Bier (Behandlung der Gelenktuberkulose) demonstriert eine größere Anzahl von Patienten mit verschiedenen Gelenkstuberkulosen, bei denen er auffallend günstige Resultate mit Beweglichkeit der Gelenke erzielt hat. Bier vermeidet die Fixierung der Gelenke und kombiniert mit der Stauung, die täglich 12 Stunden dauern soll, eine kräftige Jodtherapie. Kinder erhalten 2 g, Erwachsene 3 g pro Tag. Durch diese Jodanwendung werden die sonst bei der Stauung leicht auftretenden kalten Abscesse fast sicher vermieden. Bei 57 Fällen wurden nur zweimal Abscesse beobachtet. Sind solche Abscesse schon vorhanden, so gehen sie auf Jodverabreichung zurück. *Katzenstein* (Berlin). Chir.Kong.

Friedrich. (Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose), warnt vor einem allzu schematisch durchgeführten konservativen Verfahren bei der Behandlung der Gelenktuberkulose. Er ist im Laufe der Jahre immer mehr zur operativen Behandlung übergegangen, deren Ergebnisse ihn weit mehr befriedigen. Vor der von Bier angewendeten allzu reichlichen Joddarreichung bei jugendlichen Personen warnt er wegen der Gefahr der Atrophie der Geschlechtsdrüsen. *Katzenstein* (Berlin). Chir.Kong.

Wrześniowski, W. v., Operation und offene Behandlungsmethode der eitrigen fistulösen Gelenktuberkulose. Chir.Kong.

Breite Eröffnung des Gelenkes mit Querschnitt von der Extensionsseite, im Bedarfsfall mit Hinzufügung von beiderseitigen Längsschnitten. Dann Aufklappen des Gelenkes, wodurch die Möglichkeit einer genauen Besichtigung geboten wird. Ausschneiden der tuberkulösen Wucherungen in den Weichteilen und Entfernung der Krankheitsherde des Knochens. Hierauf vollständige Ausfüllung des Gelenkes mit Mull, Zusammenklappen desselben mit vollständiger Vermeidung irgendeiner Naht und Immobilisierung in richtiger Stellung des kranken Gelenkes. Bei jedem Verbandwechsel wird das Gelenk aufgeklappt, der Mull entfernt, alle Vertiefungen genau angesehen und ev. neue Herde der Tuberkulose aufgesucht und vernichtet, dann das Gelenk nach neuerlicher Ausfüllung mit Mull zugeklappt und immobilisiert. Je mehr die Wunde vom Boden aus sich mit Granulationen füllt, um so weniger ist das Gelenk aufzuklappen. Vorzüge der Methode: 1. Häufige Möglichkeit in veralteten und infolgedessen weit vorgeschrittenen Fällen eitriger fistulöser Gelenktuberkulose Amputation vermeiden zu können. 2. Vermeidung der typischen Resektion und Verkürzung des Gliedes. 3. Möglichkeit des genauen Ansehens der ganzen Wundfläche bei jedem Verbandwechsel und sofortiges Eingreifen bei jeder neuerlichen tuberkulosen Erscheinung. 4. Möglichkeit einer fast ohne Ausnahme fistellosen Ausheilung, was dem Patienten nachträgliche, langdauernde und oft quälende Nachkur bringt. 5. Bedeutende Verminderung der Schmerzen bei Verbandwechsel. — Nachteile: 1. Langdauernde Behandlung bis zu vollständiger Heilung und Vernarbung: von 3—6 Monate. 2. Das Endresultat in der Mehrzahl der Fälle ist eine vollkommene Ankylose. Diese Methode wendet er seit dem Jahre 1901 an für Schulter-, Ellenbogen-, Knie-, Sprung-, Chopart- und Lisfrancgelenke und habe in über 50% von allen Fällen Dauerheilungen, d. h. ohne Fistel und Rezidive erzielt. Selbstbericht.

Chir.Kong. **Voelcker** hat in 8 Fällen von Rezidiven nach Kniegelenksresektion mit gutem Erfolge das Kniegelenk aufgeklappt und die offene Behandlung durchgeführt.

Duroux, E., Des compressions nerveuses. (Über Nervencompression.) Prov. méd. **26,** S. 127—129. 1913.

Obere Gliedmaßen:

Liniger, Zur Frage des sogenannten typischen Bicepsrisses. Zeitschr. f. Versicherungsmed. **6,** S. 65—70. 1913.

An der Hand von Fällen seiner Gutachterpraxis bespricht Verf. den Bicepsriß, der kein Muskelriß, sondern eine Ruptur der langen Bicepssehne im Bereich des Schultergelenks ist. Die Ursache der Ruptur ist nicht in einem etwaigen Trauma, sondern in einer bestehenden Arthritis deformans des Schultergelenks zu suchen, die durch die bestehenden Wucherungen eine Auffaserung und Ruptur der Sehne veranlaßt, zumal wenn das Schultergelenk fleißig bewegt werden muß bei wie manchen Arbeiterklassen (Glasbläser, Holzhauer, Schmiede usw.). Das Leiden ist als Gewerbekrankheit von keiner wesentlichen Erwerbseinbuße aufzufassen, demgemäß auch kaum zu entschädigen. Bei der Untersuchung findet sich neben einem Tiefstand des äußeren Muskelbauchs des Biceps eine Arthritis des Schultergelenks, stets ist auch deshalb das andere Gelenk nachzusehen. Therapeutisch leisten leichte Massage und Fortsetzung der Arbeit das beste. Jegliche Operation ist verpönt. *Becker* (Halle a. S.).

Wallace, Cuthbert S., Hyperextension and „back-fire" injuries of the wrist. (Überstreckungs- und Rückschlagverletzungen des Handgelenkes.) Lancet **184,** S. 819—821. 1913.

Fall auf die überstreckte Hand, darauf heftige Schmerzen, besonders in den beiden Mittelfingern, die in Semiflexion fixiert waren. Die Palpation ergab eine Schwellung auf der Volarseite, die Röntgenaufnahme zeigte eine Luxation des Os lunatum nach vorn, eine Fraktur des Naviculare und des Proc. styl. radii. Die Schmerzen erklärten sich durch die scharfe Biegung, welche die Flexorensehnen um den dislokierten Knochen zu machen hatten. Entfernung des Lunatum und des proximalen Teiles des Naviculare. Gutes Resultat. — Im 2. Falle Überextension durch eine schwere Last mit Gegendruck auf den Ellenbogen: Handrücken und Vorderarm hatten sich fast berührt. Als Unfallfolge Luxation der distalen Karpalreihe auf die proximale. Blutige Reposition, gutes Resultat. — Drittens Fall von einer Leiter auf die überstreckte Hand: Luxation des Os lunatum und triquetrum nach vorn und oben. Entfernung des lunatum; leidlich gutes Resultat, jedoch langsame Heilung, da die Verletzung bereits 10 Tage alt war.

Frakturen des Os naviculare kommen zustande: 1. durch extreme Flexion, Extension oder Abduktion; 2. durch Kompression gegen den Radius; 3. durch direkte Verletzung. — Alle unter 1 aufgeführten Bewegungen können die Fraktur verursachen: das Naviculare gehört gleichsam zu beiden Reihen der Karpalknochen und muß bei forcierten Bewegungen in diesem Gelenk brechen. Bei Fall auf die ausgestreckte Hand drückt der Radius mit dem Gewicht des ganzen Körpers auf Os naviculare und lunatum; letzteres bricht jedoch weit schwerer. Direkt kann das Kahnbein verletzt werden durch Stoß gegen die Volarseite des Carpus bei gestreckter Hand. Prognostisch wichtig ist die geringe Heilungstendenz der Fraktur. Bleibt eine Schwäche der Hand zurück, so zögere man nicht mit der Excision der Fragmente. Von vorn schafft ein Schnitt an der Außenseite des Flexor carpi radialis guten Zugang, von hinten zwischen den Extensorensehnen der Finger und des Carpus. Ein guter Erfolg kann garantiert werden. — Luxation des Os lunatum. Der Vorgang der Verletzung ist derselbe wie bei den Frakturen des Kahnbeines; tatsächlich findet man beide auch nicht selten zusammen. Die Diagnose ist meist leicht durch die Gabelstellung der Hand und die schmerzhafte Fixation der beiden Mittelfinger. Therapeutisch sind Repositionsversuche aussichtslos, sowie die Luxation vollständig ist. Man gehe an der Innenseite des Palmaris longus ein und versuche blutig zu reponieren; gelingt dies nicht, entferne man den Knochen. Rückschlagverletzungen. Zwei Fälle von Radiusfraktur

beim Ankurbeln des Motors. Verf. bestreitet das direkte Entstehen dieses Bruches und glaubt, daß beim Rückschlag der Kurbel die Hand überstreckt wird, oder aber, daß starke radiale Abduktion oder Kompression des Carpus die Ursache des Bruches sei.

Magnus (Marburg).

Pakowski, Jean, Traitement des kystes synoviaux du poignet par les injections de teinture d'iode. (Behandlung der Ganglien des Handgelenkes mit Jodtinktureinspritzungen.) Progr. méd. **41,** S. 128—129. 1913.

Nach Duplay werden 2 bis 3 Tropfen Jodtinktur in das Ganglion injiziert, darauf Kompressionsverband für 4 bis 5 Tage. Es folgt eine zweite Injektion, nach der 3 Tage lang ein Kompressionsverband angelegt wird. Nur selten ist noch eine dritte Injektion erforderlich, dann wurde aber in allen Fällen vollkommene Heilung und nie ein Rezidiv gesehen. Während des Kompressionsverbandes soll die Hand gebraucht werden. 22 Fälle des Verf. zeigten keine Kommunikation der Ganglien mit dem Handgelenk. Sollte eine Kommunikation vorhanden sein, so wird wegen des engen Verbindungsganges keine Jodtinktur in das Handgelenk gelangen. *Frangenheim* (Leipzig).

Rastouil, Anévrisme de l'arcade palmaire superficielle consécutif à un traumatisme sans plaie. (Ein Fall von Aneurysma des oberflächlichen Hohlhandbogens im Anschluß an eine stumpfe Gewalteinwirkung.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 15—19. 1913.

Krankengeschichte: Ein 36jähriger Dockarbeiter fällt mit der ausgestreckten rechten Hand auf einen Sack harten Salpeters. 4 Wochen nach dem Unfall konstatiert man an der äußerlich unverletzten Hohlhand eine pulsierende Vorwölbung, welche die Bucht zwischen Daumen und Kleinfingerballen ausfüllt und bei Druck auf die Art. ulnaris ihre Pulsation verliert. An dem übrigen Gefäßsystem fehlen krankhafte Veränderungen; insbesondere sind keinerlei Zeichen von Arteriosklerose oder Lues vorhanden. Bei der Operation wird ein 3,5 : 2 cm großer, aneurysmatischer Sack exstirpiert, der von dem Ramus superficialis der Art. ulnaris seinen Ausgang nimmt und dem Arcus volaris sublimis angehört. Es wird eine glatte Heilung erzielt. Störungen in der Gefäß- und Nervenversorgung bleiben nicht zurück. Die mikroskopische Untersuchung weist bei der zuführenden Arterie eine starke Intimaverdickung nach: die bindegewebigen Elemente sind auf Kosten der elastischen Gewebe vermehrt, das Endothel ist durch strahlenförmig angeordnete Bindegewebszellen ersetzt. In der Media besteht ein starker Schwund der Muscularis, die Externa ist durch besonders grobfaseriges Bindegewebe ausgezeichnet. Das Gefäßlumen ist spaltförmig verengt und durch bindegewebige Intimavorsprünge unregelmäßig gestaltet. Der aneurysmatische Sack selbst ist von geschichteten Thrombusmassen ausgefüllt. Seine Wandungen zeigen ähnliche Degeneration, wie sie die zuführende Arterie dargeboten hat. In einer Arteriola nutritiva der Ulnaris, seitlich von dem Aneurysma, finden sich besonders schwere Veränderungen: Das Endothel weist eine Strecke weit Lücken auf; ein vollständig organisierter Thrombus, der weit älter als die thrombotische Füllung des Aneurysmas ist, verschließt das Lumen und verwandelt das Gefäß in einen soliden Bindegewebsstrang. So hat die Art. ulnaris eine direkte traumatische Schädigung ihrer Wandung erfahren und ist überdies ihres Ernährungsgefäßes beraubt. Beide Faktoren vereint haben die Aneurysmabildung herbeigeführt. *Meyer* (Köln a. Rh.).

Ducastaing, R., Fibrome de la face dorsale de la main consécutif à un traumatisme. (Fibrom am Handrücken, entstanden im Anschluß an ein Trauma.) Gaz. des hôp. **86,** S. 471—473. 1913.

Nach einem heftigen Faustschlag auf den Handrücken hatte sich ein haselnußgroßer Tumor entwickelt, der sich unter der intakten Haut mit der Strecksehne des 4. Fingers hin und her bewegte. Nach der ersten Exstirpation folgte ein Rezidiv, das später nochmals operiert werden mußte. Mikroskopisch war die Geschwulst ein Fibrom, ausgehend mit großer Wahrscheinlichkeit von der Strecksehne. *Ströbel* (Erlangen).

Untere Gliedmaßen:

Wood-Jones, Frederic, Some anatomical considerations of the disposition of the sciatic nerve and femoral artery: with suggestions as to their clinical significance. (Einige anatomische Betrachtungen über die Lage des Ischiadicus und der A. femoralis: mit Gedanken über ihre klinische Bedeutung.) Lancet **184,** S. 752—753. 1913.

Entsprechend der ursächlichen Bedeutung, welche Halsrippen für das Bestehen nervöser und vasculärer Symptome an der oberen Extremität haben, meint Verf.

könnten an der unteren Extremität für die Ätiologie von intermittierendem Hinken und Ischias rein mechanische Momente in Betracht kommen. Und zwar bezüglich der Ischias Druck auf den Ischiadicus an seiner Umschlagstelle über den Beckenrand. So erkläre sich auch die Tatsache, daß Männer häufiger von Ischias befallen würden, aus dem stärker geknickten Verlauf des Ischiadicus am männlichen Becken. Für die A. femoralis käme die Knochenunterlage des Beckens als Druckstelle in Betracht. Während am Arm nervöse und vasculäre Symptome stets vergesellschaftet seien, erkläre sich ihr gesondertes Auftreten an der unteren Extremität durch den getrennten Verlauf von Gefäß und Nerv. *Hartert* (Tübingen).

Bellocq-Irague, Distribution des vaisseaux artériels dans la peau du membre inférieur. Région de la cuisse. (Die Verteilung der arteriellen Gefäße in der Haut der unteren Extremitäten; Oberschenkelbezirk.) (*Laborat. de M. le prof. Dieulafé.*) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol. **74**, S. 607 bis 608. 1913.

In gleicher Höhe des Oberschenkels ergaben radiographische Aufnahmen bei verschiedenen Personen Verschiedenheiten in der Blutgefäßanordnung. An Stelle einer Anordnung in zwei typische Netze fand sich eine relative Unabhängigkeit der verschiedenen arteriellen Bezirke; an einzelnen Stellen konnte überhaupt keine bestimmte Gefäßverteilung nachgewiesen werden. Die Seltenheit der kollateralen oder terminalen Anastomosen wird besonders sichtbar über Stellen, wo die Haut vor der radiographischen Aufnahme einer Zerrung ausgesetzt war. Dort finden sich einzelne Bezirke überhaupt ohne Gefäßverbindung. Diese Tatsache scheint wichtig für die Bewertung der Radiogramme. Während man bei normaler Haut immer ein wirkliches Blutgefäßnetz zu finden glaubt — oft wird dies nur durch Übereinanderlagerung unzusammenhängender Blutgefäßäste vorgetäuscht — fehlt dieses bei radiologischer Untersuchung, wenn man die Haut dabei dehnt. Ein System in der Gefäßverteilung konnte nicht gefunden werden; Unterschiede hierbei für Erwachsene und Kinder ergaben sich nicht. *Stadler.*

Fränkel, James, Die Entstehungsweise übermäßiger Beckenneigung. (*Chirurg. Univ.-Klin., Berlin.*) Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 579—582. 1913.

Die vielumstrittene Frage nach den Ursachen der Neigungsvermehrung des Beckens sucht Fränkel dadurch einer Klärung näher zu bringen, daß er auf die nahen Beziehungen, die zwischen der Neigungszunahme des Beckens und den sagittalen Verkrümmungen des Schenkelhalses und -schaftes bei der Rachitis bestehen, die aber im Gegensatz zu den wohluntersuchten und wohlbekannten der sagittalen Wirbelsäulenverkrümmungen bisher nur wenig Beachtung gefunden haben, hinweist und sie einer eingehenden Untersuchung unterzieht. Eine vollständig erschöpfende Erklärung der Entstehung der übermäßigen Beckenneigung erachtet F. hiermit noch nicht gegeben; es müssen vielmehr zur Erklärung gewisser Fälle auch noch andere Ursachen (Atavismus, sexuelle und Rassenunterschiede, Erkrankungen des Hüftgelenkes und der Wirbelsäule, Rückenmuskellähmung usw.) herangezogen werden. Bei manchen Fällen ist auch an ein Zusammentreffen verschiedener Ursachen (pathologische Dorsalkyphose, Beckenrachitis, Femurkrümmung) zu denken. — Zu seinen Untersuchungen bedient er sich mit Hilfe von Verstärkungsfolie und Einstellbügel von Dieck mit möglichst kleinem Röhrenabstand hergestellter seitlicher Röntgenaufnahmen vom Becken und ganzen Femur möglichst im Zusammenhang, die dem sagittalen Medianschnitt vergleichbare Beckenbilder geben. — Für die Behandlung empfiehlt er: Verhütung der Schädigungen der aufrechten Körperhaltung beim rachitischen Skelett, Kräftigung der Bauchmuskeln, unablässige Übung des steifen Thorax durch richtiges Rumpfturnen auf physiologischer Basis. *Reinhardt* (Sternberg in Mähren).

Boks, D. B., Aangeboren familiair oedeem der onderste ledematen. (Kongenitales familiäres Ödem der unteren Extremitäten.) Nederlandsch tijdschrift voor Geneeskunde Nr. 10, S. 416—423. 1913. (Holländisch.)

Verf. berichtet über einen Fall dieser, zuerst von Nonne beschriebenen, in der englischen Literatur nach Milroy genannten Krankheit.

Es handelt sich um einen jungen Mann, der wegen einer Hydrocele zur Operation kommt. Beide unteren Extremitäten zeigen eine ödematöse Schwellung von den Zehen bis zum Knie.

Das Periost der Unterschenkel ist ebenfalls geschwollen (Röntgenogramm), so daß Verf. meint, daß alle Teile ödematös sind. Die Haut des Scrotums ist in diesem Falle auch ödematös geschwollen; die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß an verschiedenen Stellen stark erweiterte Lymphgefäße sind, umgeben von einer Wand aus dickfaserigem Bindegewebe. Der Patient gibt an, daß diese Schwellung schon seit seiner Geburt besteht, daß sie ihm keine Beschwerden macht. Unter 25 Mitgliedern dieser Familie zeigt sich diese Krankheit 6 mal, und zwar bei 5 Personen doppelseitig. In allen Fällen ist die Schwellung direkt bei der Geburt bemerkt worden. Auch in diesem Fall ist es nicht gelungen eine Ursache für die Schwellung zu finden. *van Delden.*

Fitzwilliams, Duncan C. L., and W. H. Vincent, A case of gangrene of the leg in an infant 11 days old; amputation; recovery. (Ein Fall von Gangrän des Beines bei einem 11tägigen Säugling; Amputation; Genesung.) Lancet **184,** S. 753—754. 1913.

Bei einem Knaben begann am 11. Tage nach völlig normal verlaufener Geburt der rechte Unterschenkel gangränös zu werden. Das Allgemeinbefinden besserte sich, als sich in der vierten Woche Demarkation unterhalb des Knies einleitete. Nach erfolgter Amputation primäre Heilung. Als Ursache der Gangrän muß Embolie der A. femoralis von der Nabelvene aus über Ductus Arantii und Foramen ovale oder Ductus Botalli angenommen werden. *Hartert.*

Martinez, A., Algo sobre transplantaciones tendinosas en la parálisis infantil de los miembros inferiores. (Einiges über Sehnentransplantationen bei der Kinderlähmung der unteren Extremitäten.) Revista ibero-americana de ciensias médicas **29,** S. 73—83. 1913. (Spanisch.)

Bei dem schlaffen Pes equino-varus geht Verf. folgendermaßen vor: Mittels einer langen Incision im Verlaufe des Muscul. peronei, die nach unten zu hinter dem Malleolus extern. verläuft, werden die Sehnen der Peronei, sowie die Achillessehne freigelegt. Nachdem die letztere quer durchtrennt, wird sie durch Längsincision in zwei Teile geteilt und der laterale mit den Sehnen beider Peronei durch Naht verbunden. Verf. hält die Auffrischung für unnötig, da durch dieselbe die Ernährungsmöglichkeiten der betreffenden Sehnen vermindert werden, ohne daß die Naht an Sicherheit gewinnt. — Darauf ist meistens eine Verkürzung der Sehnen des Extensor digit. long. notwendig. Zu dem Zweck verlängert Verf. die Hautincision nach dem Fußrücken zu; in den Sehnen näht Martinez auf der Höhe des Talonaviculargelenkes drei Falten ein, die ihrerseits durch eine kräftige Naht zusammengefaßt werden. Verf. hat die quere, völlige Durchschneidung der Achillessehne beibehalten, weil dadurch die Reposition sehr erleichtert wird, und da er davon niemals einen Nachteil gesehen hat, denn die Wundränder vereinigen sich mit der Zeit wieder. — Beim kontrakten Pes equino-varus verfährt Verf., wenn die Contractur eine nicht zu schwere ist, nach Lorenz. Bei schweren Fällen empfiehlt M. die Phelpsche Operation. Er eröffent dabei das Talonaviculargelenk und durchschneidet alle sich spannenden Weichteile; Mit der Tenotomie des Tibial. post verbindet Verf. stets die des ant. Wenn sich die Deformität auch dann nicht ausgleichen läßt, fügt er noch eine Keilobsteotomie des Calcaneus hinzu. Die Tenotomie der Achillessehne führt er erst aus, wenn die Supination und Abduktion des Fußes ausgeglichen ist. — Bei sehr alten Fällen, in denen sich bereits am Außenrand des Fußes eine starke Schwielenbildung angeschlossen hat, exstirpiert Verf. die veränderte Haut samt Fascia, womit infolge der Narbenretraktion eine Unterstützung der verkürzten Extensorensehnen erzielt wird. — Beim paralytischen Plattfuß kommt Verf. fast immer mit der Tenotomie des Tibialis ant. und post. aus, bei schweren Fällen macht er die Arthrodese im Talonaviculargelenk. — Bei der Flexionskontraktur im Kniegelenk tenotoniert M. die Sehne des Musc. tensor fasc. lat., der an die Tricepssehne, unmittelbar über der Kniescheibe angenäht wird, darauf Verkürzung des Lig. patell. nach Lange. Verf. hebt die Vorteile dieses Verfahrens hervor, die vorwiegend in der Schonung der Beuger besteht. Beim Genu valg. paralyt. präpariert M. das Lig. patellae samt dünner Knochenscheibe von der Tuberosit. tib. ab und pflanzt sie nach Anfrischung des condyl. med. der Tibia an diesen. — Bei allen diesen Operationen verlangt Verf., abgesehen von strikter Indikationsstellung, durch eine genaue neurologische Untersuchung begründet, eine sachgemäße Nachbehandlung. *Lazarraga* (Marburg a. L.).

Vulpius, Oskar, Über die Arthrodese des Hüftgelenkes. (*Vulpius'sche orthopäd.-chirurg. Klin., Heidelberg.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 691. 1913.

Ermuntert durch beste Erfolge nach operativer Versteifung eines Hüftgelenks bei Hüftlähmungen empfiehlt Vulpius eindringlich die einseitige Hüftarthrodese zum mindesten bei Fällen von doppelseitiger Hüftlähmung; dieser operativen Behandlung komme dieselbe Berechtigung zu wie der in ihrem Werte wohl allgemein anerkannten Arthrodese des Schultergelenks.

Technik: Langenbecks Resektionsschnitt, Spaltung der Gelenkkapsel vom Schenkelhals bis zum Rande des Acetabulum, nach Adduktionsstellung des Oberschenkels Durchtren-

nung des Lig. teres; Luxation des Kopfes nach genügender Ablösung der Kapsel vom Schenkelhals leicht; gründliche Entknorpelung des Kopfes und der Pfanne, Reposition; keine Knochennaht. Die Kapsel, Muskulatur, Fascie und Haut in Etagen vernäht. 3—4 monatige Fixierung des in leichte Abduction und geringe Außenrotation gestellten Gelenkes durch einen Gipsverband, der das ganze Bein und den Rumpf bis zum Rippenbogen umfaßt. *Kroh* (Köln).

Moreau, J., Contracture de la cuisse, suite de brûlures. (Contractur des Oberschenkels, Folge einer Verbrennung.) Clinique (Brüssel) **27,** S. 145—148. 1913.

Haudek, Max, Einiges über Diagnose und Therapie bei Hüftgelenkerkrankungen und Deformitäten. (*Orthop. Anst., M. Haudek, Wien.*) Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 698—703 u. 754—758. 1913.

Haudek gibt in seiner Abhandlung eine kurze und markante Beschreibung aller vorkommenden Erkrankungen und Deformitäten im Hüftgelenk mit Ausnahme der Frakturen und Luxationen. Er bespricht zunächst die tuberkulöse Coxitis mit ihren Hauptmerkmalen, dem Hinken, dem Schmerz und ihren charakteristischen kombinierten Kontrakturen (Beugeabduktionsstellung mit Innen- bzw. Außenrotation), während bloße Beugekontraktur auf einen Senkungsabsceß hinweist; Schmerzen allein können von einem Plattfuß, von einer Appendicitis herrühren oder auch auf hysterischer Basis beruhen. Eine ausführlichere Besprechung erfährt die Coxa vara: auch hier Schmerzen und Hinken als vorspringendstes Symptom, aber erst das Fehlen der Kontrakturen, die Adduktionsstellung des kranken Beines mit Außenrotation und die Beschränkung der Bewegungen im Sinne der Abduktion und Innenrotation führen uns im Verein mit dem Hochstand des Trochanters zur richtigen Diagnose; zu verwerten noch ist das Trendelenburgsche Phänomen, und gesichert wird hier wie in allen derartigen Fällen namentlich gegenüber der angeborenen Hüftverrenkung die Diagnose durch das Röntgenbild. Es folgt sodann nach kurzer Streifung der Arthritis deformans die angeborene Luxation der Hüfte, deren richtige und frühzeitige Erkennung prognostisch von so eminenter Wichtigkeit ist. Auf die Einzelheiten dieser Erkrankung kann im Referat nicht eingegangen werden. Im zweiten Teil seiner Arbeit geht H. zur Therapie über. Unblutige Reposition bei der angeborenen Hüftverrenkung mit den bekannten zeitlich gesetzten Grenzen; konservative Behandlung der Coxa vara mittels Extensionsverbandes, Schienenhülsenapparates bzw. Gipsverbandes in korrigierter Stellung; Entlastung und Ruhigstellung des Gelenkes bei Arthritis deformans und Coxitis. Bei letzterer verwirft H. die Extensionsbehandlung, weil seiner Ansicht nach die Fixation keine sehr exakte und der Pat. dauernd ans Bett gefesselt ist: beide Nachteile werden durch Gips oder portative Verbände vermieden. Ziemlich eingehende Schilderung der von H. geübten Methode der Eingipsung und der bekannten Hessingschen Schienenhülsenapparate. Zum Schluß betont H. die Wichtigkeit, bei Kontrakturen nicht in der vorhandenen pathologischen Stellung den Fixationsverband anzulegen, sondern von Anfang an die Ausbildung fehlerhafter und für die Funktion des Beines ungünstiger Kontrakturstellung und Ankylose zu verhüten, um der sonst später erforderlichen Osteotomie aus dem Wege zu gehen. Erläuterung der Verhältnisse bei Kontrakturen durch einige Figuren. H.s Behandlung der bei Coxitis vorkommenden Abscesse ist die übliche. *Knoke* (Wilhelmshaven).

Elmslie, R. C., Three cases of an unusual form of disease of the hip-joint „Calvé's pseudo-coxalgie". (3 Fälle von ungewöhnlicher Hüftgelenkserkrankung: Calves Pseudocoxalgie.) Proceed. of the r. soc. of med., London **6,** Sect. for the study of dis. in childr. S. 102—106. 1913.

Verf. beschreibt 3 Fälle, in denen bei $7^1/_2$—10jährigen Kindern Hinken auftrat (1 mal nach Trauma). Schmerzen bestanden nicht. Die Untersuchung ergab geringe Verkürzung des Beins, geringe Beschränkung der Abduktion oder Hyperextension. Die Röntgenaufnahme zeigte das Acetabulum 2 mal glatt, 1 mal etwas arrodiert, die Epiphyse des Femurkopfes etwas abgeplattet und uneben, im oberen Teile etwas verdickt, den Hals des Femur kürzer und dicker als normal. Diese Veränderungen sind von Calvé als Pseudocoxalgie beschrieben worden. Nach ihm handelt es sich um Störung und Verzögerung der Ossifikation der Epiphyse infolge Rachitis. Die Veränderungen sind ähnlich denen an der Tuberositas tibiae bei der sogenannten Schlatterschen Krankheit. Bei der Behandlung ist die Hauptsache die Unterscheidung von Tuberkulose sowie die Hüften nicht zu imobilisieren.

Schlesinger (Berlin).

Chir.Kong. **Frangenheim, Zur Behandlung der chronischen Osteomyelitis am unteren Femurende.**

Bei einem Patienten, der seit 15 Jahren an Fisteln des Oberschenkelknochens

infolge chronischer Osteomyelitis litt, und bei dem vielfache Operationen nicht zum Ziele geführt hatten, wurde durch Implantation des M. vastus externus in die Knochenhöhle des Oberschenkelknochens eine dauernde Heilung erzielt. Demonstration des Operationsverfahrens an Bildern. *Katzenstein* (Berlin).

Le Dentu, 1. Tabes et fractures de la rotule. 2. Méthode mixte de traitement opératoire par la suture et l'hémicerclage bilatéral. 3. Fractures spontanées en général. Classification. (1. Tabes und Patellafrakturen. 2. Operative Behandlungsmethode durch Naht und beiderseitigen halben Reifen. 3. Spontanfrakturen im allgemeinen.) Rev. de thérap. **80,** S. 37—47 u. 80 bis 85. 1913.

Nach der Literatur befallen Spontanfrakturen bei Tabes, an und für sich nicht besonders häufig, in höherem Prozentsatz die Unterextremität als Trägerin des Körpergewichts und infolge Ergriffenseins des unteren Dorsalmarks. Mitteilung eines Falles von Fraktur der Kniescheibe ohne äußeres Trauma oder plötzliche Muskelkontraktion.

50 jähriger Kaufmann verspürt plötzlich nach langem Marsch Behinderung beim Gehen im Knie ohne Schmerzen, so daß er sich stützen und ins Hospital fahren muß. Querfraktur der Patella mit 2 cm Distanz bei mäßigem Erguß und absoluter Unempfindlichkeit spontan und bei Druck. Lues mit 27 Jahren, später Schmerzen im linken Knie ohne Behinderung der Arbeitsfähigkeit. Patellarreflexe fehlen, Pupillenreaktion träge auf Lichteinfall.

Bisher sind 8 Fälle von tabetischer Patellafraktur beschrieben; unter diesen einige im praetabetischen Stadium, so daß die Spontanfraktur das erste Symptom war. Bei jedem, auch durch äußere Gewalt entstandenen Kniescheibenbruch sei ein Examen in dieser Richtung wichtig. Das fast völlige Fehlen der Schmerzen während des Unfalls und der Untersuchung, Verzögerung oder Ausbleiben der Konsolidation, die häufige Refraktur, deuteten auf tabetische Osteoporose. Nach Bouglé ist der innere Callus des Marks bei Tabes wenig oder gar nicht ausgebildet, so daß die getrennt bleibenden Fragmente nur durch äußeren periostalen Muff zusammengehalten werden; die nur vorn mit Periost versehene Patella sei besonders ungünstig gestellt. Statistisch sei nachgewiesen, daß in 10% der Kniescheibenbrüche der Callus wieder an der früheren Bruchstelle breche, gleichgültig, ob die Fragmente genäht sind oder nicht. An der Refraktur trage sowohl die häufige Multiplizität der Bruchstücke, die Osteoporose des Knochens wie die Art der Naht Schuld.

Verf. empfiehlt statt des Drahtreifens (Cerclage) von Berger und des mit Quernaht kombinierten Halbreifens von Quenu folgende Methode: er führt einen Doppeldraht durch das untere Fragment von unten nach oben, zieht diesen von der Mitte der Bruchfläche mittels Öhrpfriem durch das obere Bruchstück, kreuzt nach Anziehen und Zurechtdrücken der Fragmente die beiden Drähte oben und unten und legt die mittels krummer Nadel durch die Kapsel und das Ligament geführten Drähte reifenförmig um beide Seiten, wo sie geknüpft werden.

Verf. gibt alsdann eine neue Klassifizierung der Spontanfrakturen nach folgendem Prinzip: a) Lokale Ursachen: 1. primär begrenzte Läsion (Osteomyelitis, Cysten, Tumoren); 2. sekundär begrenzte Läsion (Syphilis, Gumma, Tumormetastasen, Rachitis usw.). — b) Dystrophische Veränderung durch nervöse Störung, zentralen oder peripherischen Ursprungs: 1. seitens Gehirns (Paralyse, Geistesstörung); 2. seitens Rückenmarks (Tabes, Syringom. usw.) — c) Diathese, Infektion und physiologischer Zustand (Gicht, Rheumatismus, Skorbut, Schwangerschaft). — d) Brüchigkeit der Knochen: 1. senile (primär-physiologische Osteoporose); 2. juvenile, essentielle Osteopsathyrose). *Frank* (Cöln).

Desplas, Bernard, et Guimbellot, Présentation d'un cas de deux anévrysmes superposés de l'artère poplitée du côté droit. (Demonstration eines Präparats von doppeltem, übereinander gelagertem Aneurysma der rechten Arteria poplitea.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris **88,** S. 116—119. 1913.

Potherat, Abcès du tibia. (Absceß der Tibia.) (*Hôtel-Dieu.*) Clinique (Paris) 8, S. 178—180. 1913.

Ghillini, Cesare, La patogenesi del piede piatto-valgo. (Die Pathogenese des Pes plano-valgus.) Policlin., Sez. chirurg. **20**, S. 21—24. 1913.

Verf. hat anatomische Untersuchungen über das Fußskelett und seine Zusammensetzung in besonderer Berücksichtigung der Genese des Plattfußes gemacht. Die Ansätze der Bänder und Sehnen variieren, desgleichen ist ihre Form verschieden nicht nur bei verschiedenen Individuen, sondern auch an den beiden Füßen desselben Individuums. Die Insertion der Bänder ist bald breitbasig, bald schmal, manchmal in mehrere Zipfel geteilt. Aus diesen Varietäten der Insertion resultiert die verschiedene Form der Füße und hieraus wieder die Varietäten der Deformationen, welche allmählich beim Gehen des Individuums sich entwickeln. Ohne den Wert der früheren Theorien für alle Fälle abzuleugnen, nimmt Verfasser also an, daß der Pes planovalgus durch falsche Insertion der Bänder und Sehnen an den Knochen, die das Fußgewölbe bilden, entsteht. *Wohlauer* (Charlottenburg).

Walther, Fracture ancienne de jambe. Cal vicieux. Ostéotomie et résection. Application de l'appareil de Lambret. (Alte Unterschenkelfraktur; mangelhafte Callusbildung; Osteotomie und Resektion; Anlegung eines Lambretschen Apparates.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 423 bis 428. 1913.

Vor 3 Jahren im Gipsverband deform geheilte Fraktur; Zunahme der schlechten Stellung durch mangelhafte Callusbildung. Korrektion durch schräge Osteotomie beider Knochen und Anlegung des Lambretschen Apparates: kleiner Schnitt auf der Innenseite des Knöchels, Anbringung des unteren Nagels quer durch denselben, des obern quer durch die Tibia 4 Querfinger unterhalb des Gelenkspaltes; dann Anbringung der seitlichen Schienen mit den Gewinden zur Distraktion. Der Apparat bleibt 30 Tage liegen, dann 2 Monate Extension, schließlich vorzügliches Resultat. *Magnus* (Marburg).

Lejars, Contribution à l'étude des ostéites chroniques hypertrophiques, sans abcès ni nécrose. (Beitrag zum Studium der Ostitis chronica hypertrophica ohne Absceß und Nekrose.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 465—472. 1913.

38 jähr. Mann. Wassermann negativ. Seit 10 Jahren zunehmende Verdickung des Beines, unregelmäßige harte Auftreibungen an der Tibia. Keine entzündlichen Erscheinungen. Bewegungen im Fuß- und Kniegelenk beschränkt, sonst keine Beschwerden, nur Klagen über Schwere des Beines. Gritti. Auf einem Längsschnitt findet sich in der Tibia keine Eiterung, keine Nekrose, kein Sequester, keine Höhle oder Cyste, überall kompakter Knochen und bei der histologischen Untersuchung fibröses Gewebe und chronisch entzündliche Veränderungen, die an einigen Stellen tumorartig die Muskulatur ergreifen. Monod vergleicht den Prozeß mit der Leontiasis ossea der Schädel- und Gesichtsknochen. *Frangenheim* (Leipzig).

Mouchet, Deux observations d'os „tibiale externum" simulant des fractures du scaphoïde. (2 Beobachtungen eines os tibiale externum, Brüche des Kahnbeins vortäuschend.) Bull. et mem. de la soc. de chirurg. de Paris. Bd **39**, Nr. 12, S. 504. 1913.

Winkler, Zur Ursache der Fußgeschwulst. (*Garnisonslaz., Ingolstadt.*) Zeitschr. f. Röntgenk. **15**, S. 41—44. 1913.

Winkler beobachtete auf der Röntgenabteilung 166 Fälle von Fußgeschwulst in den Jahren 1909—1912. Davon bezogen sich 43,4 v. H. auf Mittelfußbrüche, 13,2 v. H. auf Knochenhautentzündungen; bei 43,4 v. H. waren die Knochen unverändert. Es betrafen von den Brüchen 36,2 v. H. den 2., 50 v. H. den 3. Mittelfußknochen, von den Knochenhautentzündungen 45,5 v. H. den 2., 32,8 v. H. den 3. Mittelfußknochen. Die Fußgeschwulst entsteht durch Ermüdung der Stützvorrichtungen des Fußes und beruht seltener auf Entzündung der Bänder und Sehnenscheiden des Mittelfußes, häufiger auf Entzündung der Knochenhaut und Bruch des 2. oder 3. Mittelfußknochens. Die häufigen Verdickungen der Knochenhaut dieser beiden Knochen stellten eine Selbsthilfe der Natur, eine Massenvermehrung gegenüber dem immer wiederkehrenden Anstrengungsreize dar. *Georg Schmidt* (Berlin).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie
und ihre Grenzgebiete

Band I, Heft 13 S. 633—664

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Jong, A. de Josselin de, Nieuwere begrippen over de beteekenis der Constitutie. (Neuere Ideen über die Deutung der Konstitution.) (*Labor. d. Städt. Krankenh. in Rotterdam.*) Geneesk. Bladen uit Kliniek en Laboratorium **1**, S. 1—45. 1913. (Holländisch.)

Verf. bespricht, nach einem kurzen Überblick der Pathologie im vorherigen Jahrhunderte bis Virchow, warum auch die Lehre der Cellulärpathologie nicht genügt, besonders seit Aufschwung der Serologie (vielleicht Beginn einer neueren Humoralpathologie) und seit besserer Kenntnis der Organe mit innerlicher Sekretion und ihrer Produkte, der sog. Hormone. Mehr eingehend wird Paltaufs Stat. thymico-lymphaticus besprochen und seine Übereinstimmung mit Bartels Stat. hypoplast. und Czernys exsudat. Diathesis. Funktion und Morphologie der Thymus werden erörtert, auch die Beziehung zur Schilddrüse und die Dysfunktion der letzten Drüse bei Morbus Basedowii. Der Stat. vagotonicus Eppingers (durch Reizung des autonomen Nervensystems Langleys) findet oft einen Grund in Hypoplasie der Nebennieren. Auch Gigantismus (hypophys. und epiphys.) und Infantilismus sind Konstitutionsanomalien. Einen Sonderplatz nimmt der Stat. asthenicus Stillers ein; Verf. betont die Wichtigkeit desselben bei nervösen Beschwerden der Unfallkranken. Die Monographie enthält kurze Krankengeschichten und Sektionsbefunde, und eine schematische Darstellung der gegenseitigen Wirkungen der Organe mit innerlicher Sekretion. *ten Horn* (Amsterdam).

Onimus, Expériences sur les leucocytes. Diapédèse, phagocytose. (Experimentelle Untersuchungen über die Leukocyten. Diapedese und Phagocytose.) Journal de l'anat. **49**, S. 41—74. 1913.

Verf. wendet sich auf Grund experimenteller Untersuchungen gegen die herrschende Ansicht von der aktiv schützenden Rolle der Leukocyten, wie sie besonders in der aktiven Diapedese und Phagocystose zum Ausdruck kommen soll. Beides wird von Verf. geleugnet. Hauptsächliche treibende Kräfte für die Bewegungen von Flüssigkeiten zwischen Membranen, für intracelluläre Umsetzungen und Bewegungsphänomene sind die capillar-elektrischen resp. atom-elektrischen Ströme und die damit verbundenen Ionisierungsvorgänge und Kationen- und Anionenbewegungen. Die Brownsche Molekularbewegung, zirkuläre und spiralige Bewegungen aller kleinsten Teilchen, läßt diese in das Innere visköser Substanzen eindringen. Ebenso dringen Bakterien nicht passiv, sondern aktiv in Leukocyten. Verlangsamung der Molekularbewegung und Stillstand sind die Vorläufer von Gerinnungsvorgängen. Die Granulationen, die stets in den körperlichen flüssigen Medien suspendiert sind, werden mit Béchamp als Mikrozyma bezeichnet und für die initiale Form jedes Lebewesens, das lebende Molekel, gehalten. Verschiedene Versuche an sog. undurchlässigen Membranen, an der gefäßlosen Cornea usw. sollen dartun, daß die Leukocyten entzündlicher Infiltrationsherde oder Ergüsse nicht durch Diapedese aus den Gefäßen, sondern durch Neubildung aus dem Mikrozyma in loco entstehen. Vorbedingung ist aktive Bewegung und Lebenstätigkeit dieser Teilchen. Bei Inaktivität, resp. in geronnenen Massen entstehen keine Leukocyten. Diese in etwas anderer Form wieder aufgelebte Schlummerzellentheorie dürfte kaum als genügend gestützt bezeichnet werden können. Im übrigen enthält die Arbeit manches Bemerkenswerte. *Ziegler* (Breslau).M

Ruediger, Edgar, Zur Frage der gerinnungsfördernden Wirkung der Gelatine. (*Büdingens Sanat., Konstanz.*) Med. Klin. **9**, S. 293. 1913.

Aus einer Beobachtung bei $1^1/_2$ Jahre lang durchgeführter stomachaler Gelatinezufuhr von 36—40 g Gelatine pro die, bei der das Blut auffallend schnell bei jeder Form der Blutentnahme gerann, schließt Ruediger auf die Wirkungsmöglichkeit dieser hämostyptischen Therapie per os bei längerer Anwendung. Bei akuten Indikationen kann er sich von günstigem Effekt auch bei subcutaner Verabreichung nicht überzeugen; hier leistet ihm das beste eine intravenöse Injektion von 3—5 ccm einer 5proz. NaCl-Lösung (Velden). *von den Velden.*M

Merkel, Curt, Über Molluscum contagiosum. (*Gynaekol. Klin. u. pathol. Inst., Univ. Halle.*) Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. **18**, S. 242—270. 1913.

Das Molluscum contagiosum ist wahrscheinlich eine spezifisch menschliche Er-

krankung. Obwohl die Reinzüchtung des Erregers bisher nicht gelungen ist, scheint doch der klinische Beweis der Kontagiosität sicher erbracht zu sein. Die Theorien, die eine Entstehung des Mollusc. contag. aus den Talgdrüsen oder aus Follikelepithel annehmen, sind jetzt fast allgemein verlassen, und es herrscht die Auffassung vor, daß vom Rete Malpighi aus solide Zapfen in das Bindegewebe gehen, die nach ihrer Teilung in einzelne Lappen als Vorstadien der Mollusken anzusehen sind. Die Molluskumkörperchen werden teils für Degenerationsprodukte des basalen Epithels gehalten, teils glaubt man, daß sie die pathogenen Mikroorganismen beherbergen. Verf. untersuchte einen kleinen Tumor, der von einer Frau stammte, welche mit drei Molluskumknötchen an den großen Labien behaftet war, und kommt zu dem Ergebnis, daß die ersten typischen Veränderungen im Mollusc. contag. durch das Auftreten ganz kleiner, hellglänzender, homogener Kugeln im Protoplasma bedingt sind. Während diese anfänglich einzeln oder gruppenweise im Protoplasma verteilt liegen, sammeln sie sich später um den Kern zu dichtgedrängten, fettartig glänzenden Haufen. Dann gehen sie in großer Zahl zugrunde und bedingen dadurch typische regressive Zellveränderungen. Schließlich sind aber auch in den zentralsten Schichten des Molluskumknötchens noch deutlich solche Kugeln einzeln oder in kleinen Gruppen zu sehen. Wieweit diese kugeligen Elemente als pathogenetisch für die Erkrankung selbst zu betrachten sind, kann Verf. nicht entscheiden. *Holste* (Stettin).[o]

Martinet, Alfred, et François Heckel, Les injections sous-cutanées d'oxygène dans les syndromes hyposphyxiques. (Subcutane Sauerstoffinjektionen zur Behandlung der „hyposphyktischen" Zustände. Presse méd. **21,** S. 241 bis 244. 1913.

„Hyposphyktische" Zustände, d. h. Behinderungen im Stoffwechsel der Atmung, kommen u. a. vor bei akuter und chronischer Tuberkulose, Pneumonie, Bronchopneumonie, mechanischer und toxischer Dyspnoe, akuter Endokarditis. Zur Bekämpfung dieser Hyposphyxien werden subcutane Sauerstoffinjektionen sehr dringend empfohlen. Nach M. gibt es kein wirksameres Mittel. Die Injektion vermindert besonders die Blutviskosität, erhöhen den Hämoglobingehalt und den Partialdruck für Sauerstoff, verlangsamen und kräftigen Puls und Atmung und heben schnell das Allgemeinbefinden. Beschreibung der Apparate und ihre Handhabung. *Wolfsohn.*

Kassowitz, M., Über Rachitis. 3. Rachitis bei Neugeborenen. Jahrb. f. Kinderheilk. **77,** S. 277—332. 1913.

Polemik gegen Wieland, der die „angeborenen Weichschädel" nicht als Rachitis auffaßt. In geistreicher Weise werden die Wielandschen Untersuchungsergebnisse interpretiert zur Stütze der vom Verf. von jeher vertretenen Auffassung, daß die Rachitis häufig angeboren ist. Diese Frage ist von großer Wichtigkeit für die Einschätzung ätiologischer und pathogenetischer Momente, die erst nach der Geburt einsetzen können. Wenn es eine angeborene Rachitis gibt kann die Bedeutung solcher Momente das Wesen der Krankheit nicht erklären. *Ibrahim* (München).[K]

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Bond, Charles J., A lecture on the mucous channels and the blood stream as alternative routes of infection. (Vorlesung über Schleimhautkanäle einerseits, den Blutstrom andrerseits als verschiedenartige Wege der Infektion.) Brit. med. journal **2726,** S. 645—651. 1913.

Es gibt drei anerkannte Wege, auf denen Krankheitskeime, abgesehen vom Blut- und Lymphstrom, in einen Schleimhautkanal gebracht, zu den in der Nachbarschaft befindlichen drüsigen Organen mit Sekretion und Exkretion, wie Leber, Niere, Gallenblase, Harnblase, Speicheldrüsen gelangen können: 1. durch die Beweglichkeit des Keimes selbst; 2. durch Transport mit Hilfe der Muskelbewegung oder Peristaltik oder der den Schleimhautkanal auskleidenden Cilien; 3. durch Ausbreitung mittelst kontinuierlichen Wachstums. Bond hat 1905 einen vierten nach seiner Meinung sehr

häufigen Weg gezeigt, nämlich, daß unter gewissen Umständen Körper die Schleimhautkanäle entlang transportiert werden in einer Richtung entgegengesetzt der, die von der normalen Sekretion eingeschlagen wird. Das hat er an Indigokörnern bewiesen. Dies findet aber nur unter bestimmten Bedingungen statt: es muß ein gewisser Stillstand in der normalen Sekretion oder Exkretion, es muß ein umgekehrter Sekretionsstrom in dem Kanal bestehen oder aber es existiert eine fistelnde Verbindung am proximalen Ende des Kanals, durch die der Inhalt die Oberfläche des Körpers erreichen kann, ohne den Kanal nach abwärts zu passieren. — Diese prinzipiellen Anschauungen führt B. an Beispielen von Erkrankungen des Darms und Urogenitaltraktus weiter aus und kommt zu dem Schluß, daß auch gewisse Immunitätsprobleme intime Beziehungen zu dem Wege der Invasion haben, daß derselbe Mikroorganismus andere Symptome und Wirkungen hat, je nachdem er auf dem Wege des Blutstroms oder der Schleimhautkanäle an seinen Herd gelangt ist. Diese Verschiedenheiten beruhen nach B.s Meinung darauf, daß der Mikroorganismus in Beziehung tritt zu dem mit Schleimhaut ausgekleideten Kanal, der ihn passierenden Sekrete und Exkrete, im anderen Fall zum Blut- oder Lymphstrom. *Hirschmann* (Berlin).

Bradley, Burton, Some observations upon the biochemistry of the symbiotic growth of aerogene and anaerogene coliform organisms. (With special reference to the combined action of B. typhosus and B. Morgan, No. 1 on Mannitol.) (Beobachtungen über die biochemischen Wirkungen des symbiotischen Wachstums von gasbildenden und nicht gasbildenden koliartigen Bacillen. Mit besonderer Berücksichtigung der gemeinsamen Wirkung des B. typhosus und des B. Morgan, Nr. 1 auf Mannit.) (*Govern. bur. of microbiol., Sydney.*) Austral. med. gaz. **33**, S. 97—103. 1913.

Wenn man zwei Bakterien der Typhus-Koli-Gruppe, von denen das eine Mannit unter Säurebildung zersetzt und das zweite diese Substanz überhaupt nicht angreift, zusammen in mannithaltigem Peptonwasser wachsen läßt, so wird durch die gemeinsame Wirkung der beiden Bakterien außer Säure auch Gas gebildet. Es konnten verschiedene Bakterienpaare zusammengestellt werden, bei deren symbiotischem Wachstum Gasbildung aus Mannit stattfand, während jede von beiden Bakterienarten allein nicht dazu imstande war. An Stelle des Mannits konnte auch Dulcit, Lactose und Arabinose verwendet werden. Die Gasbildung war abhängig von dem Gesamtsäuregehalt und von der Fähigkeit des einen Bacteriums, aus der verwendeten Substanz Ameisensäure zu bilden, die dann durch das zweite Bacterium unter Gasbildung zersetzt wurde. *Schürer* (Frankfurt a. M.).[M]

Müller, Zur Entstehung und Behandlung der Gasphlegmonen. Chir. Kong.

Die Ätiologie der Erkrankung ist keine einheitliche, jedoch wird sie meistens durch den Bacillus caps. aerogenes hervorgerufen. Die schweren Fälle (meist nach Schußverletzungen) geben eine schlechte Prognose. Günstiger stehen die mittelschweren Fälle, die nach Verletzungen der Mundhöhle sowie nach Operationen der Magen-Darmschleimhaut, auch nach der Intervalloperation der Appendicitis vorkommen. Hier liegt meistens eine Mischinfektion vor. Die Therapie der Erkrankung bestand bisher in frühzeitigen und ausgiebigen Incisionen. Die Mortalität betrug im ganzen 30%. Berücksichtigt man nur die schweren Fälle allein, so liegt eine Mortalität von 80% vor. Vortr. selbst hat im Anschluß an eine aseptische Kniegelenksoperation eine derartige Gasphlegmone entstehen sehen. Wie die bakteriologische Untersuchung ergab, lag eine Reininfektion durch den Bacillus aerogenes vor. In diesem Falle brachten die von Thiriard eingeführten Sauerstoffinsufflationen momentan eine Besserung des schweren Allgemeinzustandes. Vorübergehend wurde dieser jedoch wieder schlechter, um bei nochmaliger Anwendung der Sauerstoffinsufflationen in eine endgültige Heilung dieser gefährlichen Komplikation überzugehen. (Selbstbericht.)

Kirschner hat auf dem Kriegsschauplatz des Balkankrieges 2 Fälle von Gasphlegmone gesehen. Im ersten im Anschluß an die Zerschmetterung des Unterschenkel- Chir. Kong.

knochens. Heilung durch Amputation. Im zweiten Falle trat die Gasphlegmone im Anschluß an einen Schulterschuß auf, breite Spaltungen führten zur Heilung.

Katzenstein.

Assmy und Kyritz, Über Salvarsanbehandlung geschwüriger Prozesse, welche durch die Vincentsche Symbiose veranlaßt sind. (*Dtsch. Poliklin. f. Chines., Chungking, China.*) Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg. **17,** S. 217—230. 1913.

Häufigkeit und Bösartigkeit der Tropengeschwüre gehen mit der Außentemperatur parallel. Geschwächte Organismen leisten der Bösartigkeit Vorschub. Salvarsan wirkt spezifisch. Es werden kleine Dosen von 0,3 bis 0,4 g intravenös empfohlen, die besonders dort genügen, wo der Sitz des Geschwüres Biersche Stauung zuläßt.

zur Verth (Kiel).

Verbizier, A. de, Nouvelles recherches sur la présence du bacille de Koch dans le sang circulant des tuberculeux. (Neue Untersuchungen über die Anwesenheit des Kochschen Bacillus im Blute der Tuberkulösen.) Rev. de méd. **33,** S. 161—180. 1913.

Lange Zeit hielt man das Blut für steril; jetzt weiß man aber Dank der bakteriologischen Erfahrungen, daß sich bei fieberhaften Erkrankungen meist die entsprechenden Bakterien aus dem Blute züchten lassen. Ebenso ist es nicht mehr zweifelhaft, daß der Kochsche Bacillus ins Blut übergeht, da man in den verschiedenen Organen die tuberkulösen Herde immer in der Nähe der Blutgefäße fand.

Da der Kochsche Bacillus der Züchtung überhaupt große Schwierigkeiten in den Weg legt, so ist es auch äußerst schwierig, ihn aus dem Blute zu züchten. Im Gegensatz zu andern Autoren gelang es Verf. in 15 untersuchten Fällen nicht, den Kochschen Bacillus aus dem Blute zu züchten, ebenso resultatlos verliefen bei den gleichen Fällen auch die Blutüberimpfungen auf Meerschweinchen. Die Züchtung des Bacillus aus dem Blute muß also als ein sehr seltenes Phänomen angesehen werden, wie überhaupt das Kreisen des Tuberkelbacillus im Blute. *Stadler* (Leipzig).

Scholtz, Die Behandlung des Lupus. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. **10,** S. 193—201. 1913.

Peinliche Sorgfalt, Konsequenz und Ausdauer sind die Grundbedingungen für jede erfolgreiche Lupusbehandlung. Ihnen verdankt in erster Linie das Finseninstitut seine glänzenden Erfolge. Aber auch weniger kostspielige und langwierige Verfahren führen zum Ziel. Wenn möglich, ist Excision mit nachfolgender Naht die Methode der Wahl, bei sehr guter Technik auch plastische Deckung des Excisionsdefektes. Größe und Lokalisation der Herde bestimmen die Grenzen des Verfahrens, während Finsenbestrahlung in festes Narbengewebe eingeschlossene Knötchen, stark hypertrophische und gewisse Schleimhautherde nicht erreicht. Scharfer Löffel oder Paquelin wirken für sich allein ungenügend, das gleiche dürfte für die Heißluftbehandlung nach Holländer gelten. Über den Wert der Diathermie ist ein abschließendes Urteil noch nicht möglich. Letztere wirkt bis zu gewissem Grade electiv auf das kranke Gewebe. Dies trifft in noch höherem Maße zu für die Tuberkulinkur, Licht- und Röntgenbehandlung, für die Ätzmittel, Arsenik-, Salvarsan-, Neosalvarsan-, Resorcin- und vor allem Pyrogallussalben. Bei Pyrogallussalben ist Vorsicht wegen der Intoxikationsgefahr geboten. Den Röntgenstrahlen, ebenso dem Radium, kommt die Tiefenwirkung zugute (Nasenknorpel, hypertrophische Formen u. dgl.). Tuberkulin, Ätzmittel, Licht- und Röntgenstrahlen wirken electiv auf das Lupusgewebe durch Entzündungserregung und Nekrotisierung. Auch die Chemotherapie (Salvarsaninjektionen, Kupferlecithin) scheinen sich wirksam zu erweisen. Schwere Fälle erfordern stets kombinierte Behandlung, und in der richtigen Auswahl und Kombination der Methoden liegt ein Geheimnis des Erfolges. Verf. pflegt meist in folgender Weise vorzugehen: Tuberkulininjektion, dann Quarzlampenbestrahlung mit Kompression. Nach Abklingen der Entzündung wieder Tuberkulin mit nachfolgender Pyrogallussalbenbehandlung. Nach Abstoßung des Schorfes Quarzbestrahlung aus 20 cm Entfernung. Bei Abklingen der Lichtreaktion

folgt eine Röntgenbestrahlung, der ein zweiter Pyrogallusturnus angeschlossen wird. Sodann kommt wieder eine Quarz- und Röntgenbestrahlung an die Reihe und nach erfolgter Überhäutung nötigenfalls Bestrahlung mit der Finsen-Reynlampe. Während der ganzen Behandlungsdauer regelmäßige Tuberkulininjektionen in 5—8tägigen Zwischenräumen und großen Dosen ($^1/_{10}$ — $^1/_5$ — $^1/_2$ — 1 — 2 mg usw.). *Harraß* (Bad Dürrheim).

Geschwülste:

Warstat, G., Über das multiple Plasmocytom der Knochen, zugleich ein Beitrag zur Myelomfrage. (*Pathol. Inst., Königsberg.*) Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. **55**, S. 225—235. 1913.

Der Name Myelom ist nicht glücklich gewählt, da in diesen Geschwülsten eine vollkommene Nachbildung des Knochenmarkbaues nicht stattfindet. Es herrscht stets eine einzige Zellart vor; hiernach werden die Myelome eingeteilt in myelocytäre, lymphocytäre und erythroblastische. Die bisher veröffentlichten Fälle dieser Art werden kritisch besprochen. Unter den Autoren herrscht noch keine Einigkeit darüber, ob es sich um einen malignen Tumor handelt, der Metastasen bildet, oder um eine Systemerkrankung des lymphatisch-hämatopoetischen Apparates nach Art der leukämischen und pseudoleukämischen Affektionen. Zum Schluß wird ein typischer Fall von multiplem plasmocellulärem Myelom eingehend beschrieben. *Colley* (Insterburg).

Verletzungen:

Hackenbruch, Die ambulante Behandlung von Knochenbrüchen mit Gipsverbänden und Distraktionsklammern. (Mittelrhein. Chirurg.-Vereinig., Frankfurt a. M., 15. II. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 16, S. 605. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt B. I, S. 131.

Jex-Blake, A. J., The Goulstonian lectures on death by electric currents and by lightning. (Tod durch elektrischen Strom und Blitzschlag.) Brit. med. journal **2722**, S. 425—430. 1913.

Seit dem ersten (1879) erfolgten Todesfall durch Elektrizität nahmen diese Unglücksfälle in dem Maße zu, daß man sowohl für Europa als für Amerika je 200 Opfer im Jahr annehmen muß. Über die eigentliche Todesursache dieser Fälle gehen die Anschauungen der Autoren weit auseinander. Seitdem man in Amerika (1890) den elektrischen Strom zur Vollstreckung der Todesstrafe verwendete, glaubte man auch die dabei gemachten Sektionsbefunde für die Erklärung aller Todesfälle durch Elektrizität verwerten zu können. Doch ist das nicht ohne weiteres angängig, da bei den Hinrichtungen Stromqualitäten verwendet werden, wie sie bei Unglücksfällen kaum in Betracht kommen (Wechselstrom hoher Spannung mit großen, gutleitenden Kontaktflächen durch lange Zeit [3—8 Minuten]). Bei den Gerichteten fanden sich Hämorrhagien im Gehirn und seinen Häuten, am Boden des 4. Ventrikels, durch Riß kleiner Gefäße als Folgeerscheinung des durch die Muskelstarre erhöhten Blutdruckes. Bei Unglücksfällen zeigen sich diese Erscheinungen nur bei sehr hohen Stromspannungen und -stärken. Sonst finden sich nur Brandwunden der Weichteile an Ein- und Austrittsstellen des Stromes, abnormes Flüssigbleiben des Blutes. Keine Veränderung des Herzmuskels. Als Todesursache werden Asphyxie, Herzlähmung durch krampfhafte Kontraktionen seiner Muskelfibrillen-Herzdelirium oder organische Veränderungen im Gefäß- und Nervensystem angenommen. Zahlreiche Tierexperimente wurden zur Klärung dieser strittigen Fragen angestellt. Am wertvollsten erscheinen jene von Prevost und Batelli (seit 1899), welche zum erstenmal exakt gemessene Stromqualitäten verwendeten und Blutdruck sowie Atmungsfrequenz verzeichneten. Es wurden dabei verschiedene Stromarten verwendet (Wechselstrom, konstanter Strom, Ruhmkorff-Entladungen). Unter sonst gleichen Verhältnissen erscheint der Wechselstrom als der gefährlichste. Besonders dann, wenn er auf seinem Weg durch den Körper das Herz passiert. Durch Ruhmkorff-

Entladungen wurde noch nie ein Mensch getötet. Batelli glaubt, daß bei sehr großem Induktionsapparat die Stromapplikation am Menschen 2 Minuten dauern müßte, um den Tod herbeizuführen. Nach Analogie des Tierexperimentes würde er durch Asphyxie eintreten. *Wittek* (Graz).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Coburn, Raymond C., Warming anesthetic vapors neither useless nor fallacious. (Die Vorwärmung der Narkosedämpfe ist weder nutzlos noch falsch.) Med. record **83**, S. 382—383. 1913.

Polemischer Artikel gegen Cotton und Boothby. Die Vorwärmung der Ätherdämpfe ist durch klinische und experimentelle Erfahrungen in Hunderten von Fällen als zweckmäßig erwiesen. Davis hat gezeigt, daß der Verlust an Körperwärme im Durchschnitt um 0,8° F größer ist, wenn man nicht gewärmte Dämpfe benutzt, ja er kann bei schwereren Eingriffen auf 1,2° F anwachsen. *Kulenkampff* (Zwickau).

MacNider, Wm. de B., On the difference in the effect of Gréhant's anesthetic and of morphine-ether on the total output of urine and the composition of the urine in normal dogs. (Über den Unterschied in der Wirkung von Gréhants Anaestheticum und von Morphinaether auf die totale Harnsecretion und die Harnzusammensetzung bei normalen Hunden.) (*Laborat. of pharmacol., univ. of North Carolina.*) Proceed. of the soc. for exp. biol. a. med. New York, Bd. **10**, Nr. 3, S. 95—96. 1913.

Robinson, Samuel, Intratracheal ether anaesthesia. 1400 cases from 22 surgical clinics. (Die Insufflationsnarkose mit Äther. Bericht über 1400 Fälle von 22 chirurgischen Krankenhäusern.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16**, S. 296 bis 301. 1913.

Verf. hat als erster 1898 über die Anwendung der Insufflationsnarkose bei Tieren berichtet. Die dann später von Auer, Elsberg, Melzer und Quinby ausgebaute Methode hat er in 70 Fällen angewendet und dann durch diese Sammelforschung 1402 zusammengestellt. Von den 7 Todesfällen sind nur zwei mit Sicherheit der Methode zur Last zu legen. (1 Broncho-Pneumonie, 1 Lungenruptur mit folgendem Emphysem.) Die anderen erscheinen ganz zweifelhaft; z. B. am 8. Tage durch Pneumonie nach Laryngektomie wegen Carcinom usw.; 4 mal wurde eine in Heilung ausgehende Pneumonie beobachtet, die die betreffenden Autoren der Methode jedoch nicht zur Last legten. Einmal wurde nach einer schwierigen Intubation eine Stimmlosigkeit von 3 Tagen beobachtet, 1 mal über eine postoperative Bronchitis, 18 mal über eine Tracheitis und Pharyngitis berichtet. Postnarkotische Übelkeit und Erbrechen wurden von $^1/_3$ den Autoren gleich häufig, von $^2/_3$ seltener wie bei der Tropfnarkose beobachtet. Verf. bespricht dann noch die Vorteile dieser Narkose: durch die stete Zufuhr frischer Luft ist die Cyanose geringer, die Störungen während der Narkose (Zurückfallen der Zunge usw.) fallen weg. Ferner wird durch die ständig ausströmende Luft die Aspiration von Blut und septischem Material verhindert und durch die austrocknende Wirkung derselben Mund und Rachen ausgetrocknet. Durch die vollständige Oxydierung des Blutes und das Fehlen von Atemstörungen ist weiter der Blutgehalt in den Geweben des Kopfes und Halses verringert, so daß diese Narkoseart für die Operationen am Kopf, Gehirn und Hals als die Methode der Wahl erscheint. Dies gilt besonders für fette, kongestionierte Patienten. Bei Thoraxoperationen dient sie zugleich als Überdrucknarkose, ihrer Anwendung bei anderen Operationen stehen keine Bedenken entgegen. Die verschiedenen Apparate und Einführungsmethoden sind gleichwertig und erfordern zu ihrer Erlernung nur geringe Geschicklichkeit. *Kulenkampff* (Zwickau).

Hadfield, C. F., Ethyl chloride anaesthesia. (Anästhesie mit Äthylchlorid.) Clin. journal **41**, S. 412—416. 1913.

Von den verschiedenen Anwendungsformen des Chloräthyls zur Allgemeinnarkose empfiehlt Hadfield nur die kurze Chloräthylnarkose und die Einleitung länger dauern-

der Narkosen durch Chloräthyl, während er vor der ausschließlichen Verwendung des Chloräthyls zur Unterhaltung langdauernder Narkosen warnt. Bemerkenswerterweise und im Gegensatz zu den Erfahrungen anderer Autoren empfiehlt H. besonders die Verbindung von Chloräthyl mit Chloroform, während er mit Äther nach Chloräthyl, sobald „offene" Methoden verwendet wurden, Schwierigkeiten gehabt hat. *M. v. Brunn* (Bochum).

Boltenstern, O. von, Über Pantopon. Würzburg. Abhandl. a. d. Ges.-Geb. d. prakt. Med. **13,** S. 93—142. 1913.

Sahli führte 1909 das Pantopon als reines Opiumpräparat in die Praxis ein. Die Verwendbarkeit wurde sehr häufig durch pharmakologische Untersuchung nachgeprüft. Die klinische Nachprüfung erwies das Präparat als schmerzstillend und schlafmachend. Es sei nach Operationen sehr vorteilhaft. Morphium mache zuweilen Verzögerung des Abganges von Flatus, Meteorismus und heftige Schmerzen nach Abklingen der Wirkung. Bei Pantopon falle dies alles fort. Die Injektion sei schmerz- und reizlos, die Wirkung nach ca. 10 Minuten, der Zustand „völlig angenehm", nie Übelkeit und Erbrechen; Puls, Herztätigkeit, Atmung blieben stets unbeeinflußt; nie Verzögerung von Windabgang, nie Eingenommensein des Kopfes nachher. Die Darreichung per os habe dieselbe Wirkung, sei aber bei Frischoperierten nicht zu empfehlen. Die Darreichung: 0,02 per Injektion, bei schwächeren Personen 0,01. Innerlich in 2proz. Lösung in Tropfenform, als Sedativum, leichtes Hypnoticum, als Stopfungsmittel bei nüchternem Magen. Rezepte! Gewöhnung und Aufregungszustände sind beobachtet. Es werden die verschiedenen Anwendungsgebiete einzeln in extenso durchgesprochen: Innere Medizin, Psychiatrie, Geburtshilfe und Gynaekologie, Rhino-Laryngo-Otologie. Das chirurgisch Wichtige liegt in der Verwendbarkeit als Unterstützung der Narkose und Lokalanästhesie und endlich als Injektionsnarkose. Zur Narkose ist nach den letzten Vorschriften Brüstleins notwendig: $^3/_4$ bis $1^1/_2$ Stunde vor Operationsbeginn erhalten die Kranken zu 2 Malen mit einem Intervall von 10—15 Minuten je 0,02 Pantopon und 0,0004—0,0006 Scopolamin. Bei schwachen Frauen geht er noch unter diese Minimaldosis. Der Hautschnitt soll in Lokalanästhesie ausgeführt werden. Sollte das nicht ausreichen, so ist während der Operation nur Äther tropfenweise zu geben, nie Chloroform und nie so, daß etwa eine Äthernarkose daraus entstehen könnte (große Gefahr der Doppelnarkose!). Jammern des Patienten während der Operation schadet nichts, da Amnesie einträte. — Diese Art der Narkose wurde benutzt bei: Strumektomien, Arterienligaturen bei Morb. Basedow, Exstirpation von Lymphomata colli, Gastro- und Gastroenterostomien, Magenresektion, sämtlichen Hernienoperationen, Appendektomien und anderen kleineren Eingriffen. Es sollen keine Nebenwirkungen gesehen sein und das Erwachen leichter und angenehmer vonstatten gehen. Kraus steht der Anwendung skeptisch gegenüber. Er bewertet die allgemeine Verwendbarkeit nicht allzuhoch wegen der Unsicherheit der Dosierung und der Zeiteinteilung für größere Operationsbetriebe. Andere Autoren sind nie ohne Äther ausgekommen. Am meisten gerühmt von fast allen Autoren sind die Pantopon-Scopolamin-Injektionen zur Einleitung der Äthernarkose und zur Unterstützung der Lokalanästhesie. Besonders für letztere sei die völlige Apathie sehr schätzenswert. Die meisten Kranken schlafen während der Operation. Die Salivation ist nur gering. Fast alle sagen, daß Pantopon-Scopolamin dem Morphium-Scopolamin überlegen sei. Die Dosen für die genannten Unterstützungen sind meist kleiner als die zur reinen Narkose. Nur Alkoholiker vertragen Pantopon-Scopolamin sehr schlecht und nur in ganz kleinen Mengen. Trübe Erfahrungen sind nicht ganz selten. Es wird von Atemstillstand, Asphyxien und sogar Todesfällen berichtet. Brunner betrachtet als feststehend, daß Scopolamin mit Morphium oder Pantopon das Atemzentrum lähmen könne, besonders da die Scopolaminwirkung erst später einträte zu einer Zeit, wo die Inhalation im Gange wäre. Die reine Ätherinhalation sei die sicherste Art der Narkose. v. Braun hält bei verkleinertem Kreislauf die Pantopon-Scopolamin-Injektions-Stauungsnarkose für vorteilhaft, wovor andere warnen, wie überhaupt vor jeder Injektionsnarkose. Die 50 Seiten lange mühevolle Sammelarbeit enthält neben ausführlichem Literaturverzeichnis noch viele lesenswerte Einzelheiten. *Weichert* (Breslau).

Mehliss, Trivalin. (*Städt. Krankenh. I., Hannover.*) Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 655—656. 1913.

Mit Trivalin, einem Ersatzpräparat des Morphiums, hat Mehliss ein Jahr lang Versuche angestellt; in Dosen von 0,5—1,0 subcutan injiziert pflegte ziemlich schnell eine ausreichende schmerzlindernde Wirkung einzutreten, auch bei längerem Gebrauch. Sein Hauptvorteil besteht darin, daß es das Herz und das Atemzentrum nicht beeinflußt und das Sensorium frei läßt; in seltenen Fällen scheint es Störungen von Seiten des Magens (Erbrechen) verursachen zu können. *de Ahna* (Potsdam).

Baruch, D., L'anesthésie localisée. Principes et technique générale. (Die Lokalanästhesie, Prinzipien und allgemeine Regeln.) Journal méd. de Bruxelles Jg. **18,** Nr. 15, S. 135—140. 1913.

Rost, Franz, Anatomische Untersuchungen einiger für die Lokalanästhesie wichtiger Hautnerven bezüglich ihrer Durchtrittsstellen durch die Fascien. (*Chirurg. Klin., Univ. Heidelberg.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121,** S. 455—470. 1913.

Rost macht auf die Variationen aufmerksam, die beim Durchtritt der Hautnerven durch die Fascien vorkommen. Dieselben erschweren sehr oft das Gelingen einer Lokalanästhesie. Um die Hautnerven an der Vorderseite des Oberschenkels zu unterbrechen, empfiehl Rost, das Operationsfeld zu infiltrieren und fingerbreit unterhalb des Poupartschen Bandes subcutan und subfascial einen queren Ringel zu injizieren. Schließlich den N. femoralis im Stamm zu unterbrechen. Wegen der Variabilität der Oberschenkelhautnerven lassen sich keine Injektionsregeln bestimmen. Die Hautnerven des Plexus cervicalis werden am hinteren Rande des Kopfnickers durch Infiltration anästhesiert, aber nicht, wie meist angegeben wird, stets alle in dessen Mitte vereinigt angetroffen. Zur Anästhesierung dieses Gebietes muß neben der Injektion längs des Muskelrandes auch der N. occipitalis major längs der Linea nuchae sup. und parallel dem Trapeziusrande in seiner Leitung unterbrochen werden, da dieser Nerv in Beziehung zu den vorigen steht. *Hirschel* (Heidelberg).

Babitzki, P., Zur Anästhesie des N. ischiadicus. Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 460 bis 461. 1913.

Zur Anästhesierung des N. ischiadicus sind 20—30 ccm 3% Novocainlösung erforderlich, bei Kindern etwa die Hälfte. Zur Reposition von Frakturen genügt die Injektion in den N. cruralis und N. ichiadicus, bei Operationen ist noch die Anästhesierung des N. obturatorius notwendig. Es empfiehlt sich, um Blutungen zu vermeiden, die Injektion am äußeren Rande der Nerven zu machen und die Nadel soll auf den am Knochenrand des For. ischiad. majus liegenden Finger vorgestoßen werden.

Hohmeier (Marburg).

Desinfektion:

Cooper, Evelyn Ashley, On the relations of the phenols and their derivatives to proteins. A contribution to our knowledge of the mechanism of disinfection. P. 2. A comparative study of the effects of various factors upon the germicidal and protein-precipitating powers of the phenols. (Über die Beziehungen des Phenols und seiner Derivate zu den Proteinen. Ein Beitrag zu unserer Kenntnis des Mechanismus der Desinfektion. Teil 2. Eine vergleichende Studie der Wirkung verschiedener Faktoren hinsichtlich der keimtötenden und proteinfällenden Kraft der Phenole.) (*Lister inst. of prevent. med.*) Biochem. journal **7,** S. 175—185. 1913.

Cooper studierte den Einfluß von Kochsalz, Alkohol, Fett, Alkali und Säuren auf die keimtötende und eiweißfällende Wirkung des Penols. Er gelangt dabei zu dem Schluß, daß die keimtötende Wirkung des Phenols mit Änderungen der kolloidalen Suspension der Bakterienproteine sich verbindet. Die Absorption des Phenols durch die Bakterien bildet lediglich den Anfang der desinfizierenden Wirkung. Die keimtötende Wirkung beruht nicht auf einer chemischen Vereinigung des Phenols mit dem Bakterienprotoplasma, sondern auf einer Aufhebung der Emulsion der kolloiden Suspension gewisser lebenswichtiger Proteine. *M. v. Brunn* (Bochum).

Cooper, E. A., On the relations of phenol and meta-cresol to proteins; a contribution to our knowledge of the mechanism of disinfection. (Über die Beziehungen des Phenols und Metacresols zu den Proteinen; ein Beitrag zu unserer Kenntnis über den Mechanismus der Desinfektion.) Biochem. journal **6,** S. 362—387. 1912.

Wie Cooper schon in einer früheren Arbeit ausgeführt hat (vgl. vorstehendes Referat), verbindet sich beim Phenol die desinfizierende Wirkung mit einer Aufhebung der Emulsion der kolloiden Suspension lebenswichtiger Proteine. Ähnlich,

wenn auch quantitativ etwas verschieden, verhält es sich mit Metakresol. Ein durch Phenol in Eiereiweiß hervorgerufener Niederschlag löst sich bei Entfernung des Phenols nicht wieder. Bei Herabsetzung der Konzentration sinkt die keimtötende Kraft des Phenols rascher, als die präcipitierende Wirkung. *M. v. Brunn* (Bochum).

Schuster, E., Über Joddesinfektion der Mundschleimhaut. Dtsch. zahnärztl. Wochenschr. **16,** S. 230—231. 1913.

Die drei Forderungen, die Grossich aufgestellt hat, um bei Anwendung von Jodtinktur zur Desinfektion der Haut Schädigungen zu vermeiden, nämlich Schutz der jodierten Hautpartie vor Reizen jeder Art, vor Nässe und vor Berührung mit einer zweiten ebenso behandelten Fläche lassen sich in der Mundhöhle nicht realisieren. Die oft recht erheblichen Reizerscheinungen, die aus diesem Grunde nach Jodierung der Mundschleimhaut unausbleiblich sind, machen die Jodtinktur zur Verwendung in der Mundhöhle unbrauchbar. *Genewein* (München).

Günther, Zur Verwendung der Bolus alba bei der Händedesinfektion. (*Städt. Krankenh.. Bielefeld.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 461—462. 1913.

Die Verwendung von Bolus alba bei der Händedesinfektion bezweckt und erreicht Verminderung des „Handschuhsaftes" und damit Reduzierung der Keimzahl. Dieser Vorteil wird mehr als ausgeglichen durch den Schaden, den Bolus alba bei fortgesetztem Gebrauch der Haut zufügt, indem sie dieselbe rissig und wund macht. *Genewein* (München).

Kutscher, Über die Händedesinfektion mit Bolusseife und -paste nach Liermann. (*Med. Untersuchungsamt, Kaiser Wilhelms-Akad.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 629—630. 1913.

Versuche über die Händedesinfektion nach Liermann (zweimaliges Abbrausen mit heißem Wasser, zwischen diesen Waschungen Nagelreinigung, Waschung mit 2—3 g Bolusseife, Abbrausen, Abreiben mit sterilem Tuch, Anfeuchten der Hände und Unterarme mit etwa 5 g 96proz. Alkohol, Einreiben von je 2—3 g Boluspaste) ergaben im bakteriologischen Versuch ein schlechtes Resultat. Wurde die bakteriologische Prüfung nach Schumburg vorgenommen durch Hin- und Herbewegen der Fingerspitzen in 45grädigem Agar für 45 Sekunden, wobei in einigen Versuchen eine etwa 1 Minute dauernde Aufweichung in körperwarmer physiologischer Kochsalzlösung vorausgeschickt wurde, so waren die gefundenen Keimzahlen stets sehr hoch, oft erheblich höher als vor dieser „Desinfektion". Wurde die Prüfung durch Abkratzen der Hände und Ausräumen der Unternagelräume mit sterilen Hölzchen vorvorgenommen, so waren die Ergebnisse günstigere, offenbar jedoch nur infolge der weniger guten Art der Abimpfung. Auf Grund seiner Versuche kann Kutscher der von Küster und Geise geäußerten Ansicht, daß das Liermannsche Verfahren der reinen Alkoholwaschung überlegen sei, nicht beistimmen.
M. v. Brunn (Bochum).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Kahn, L. Miller, Visceral depressor for use in closing laparotomy wounds. (Eingeweidezurückhalter zum Gebrauch beim Schluß von Laparotomiewunden.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 897. 1913.

Hadden, David, A visceral depressor. (Ein Eingeweidezurückhalter.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 897. 1913.

Beschreibung einer Vorrichtung, um beim Schluß des Peritoneums die sich vordrängenden Därme bequem zurückhalten zu können. — Beide Konstrukteure haben das Prinzip in derselben Weise gelöst. Das Instrument besteht aus einer langen Klemme, zwischen deren Branchen ein Stoffsegel ausgespannt ist. Die Klemme wird geschlossen eingeführt, dann durch Auseinanderspreizen der Branchen das Segel gespannt und dieses in dieser Stellung durch eine Arretierung festgehalten. Das genügend breite Segel hält dann die Därme zurück.
Neumann (Heidelberg).

Mark, Ernest G., A new suprapubic drainage apparatus. (Ein neuer Apparat für suprapubische Urinentleerung.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 514—515. 1913.

Der Apparat besteht aus einer Kolostomiepelotte, durch die ein rechtwinklig gebogenes Metallstück hindurchgeht, von dessen einem Schenkel ein Gummirohr in die Blase führt, dessen anderer Schenkel den Urin in ein Urinal abführt. *Draudt* (Darmstadt).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Sicard et Leblanc, À propos du traitement de l'hémispasme facial par les injections locales. (Zur Behandlung des Hemispasmus facialis mit örtlichen Einspritzungen.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **29,** Nr. 11, S. 677—679. 1913.

Hirnhäute, Gehirn:

Schoenborn, S., Die operative Therapie der Lues des Zentralnervensystems. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. **16,** S. 425—447. 1913.

Verf. stellt 21 operativ behandelte Fälle von Lues des Zentralnervensystems aus der Literatur der letzten Jahre zusammen und kommt bezüglich Indikationsstellung und operativen Effekt zu folgenden Schlüssen: Die Operation eines luetischen, circumscripten Prozesses im Gehirn oder Rückenmark soll nur dann ausgeführt werden, wenn eine mindestens sechswöchige exakte medikamentöse Behandlung resultatlos geblieben ist. Ein früheres chirurgisches Eingreifen ist nur aus vitaler Indikation oder bei drohender Erblindung gerechtfertigt. Die Resultate der chirurgischen Therapie der Lues des Zentralnervensystems sind die gleichen oder sogar bessere wie bei den gleichen Operationen wegen nicht luetischer Erkrankungen. Eine vollkommene Heilung konnte bisher durch die operative Behandlung nicht erzielt werden. Über die von Horsley empfohlene operative Therapie diffuser luetischer Prozesse im Zentralnervensystem liegen in der Literatur bisher noch keine kasuistischen Mitteilungen vor. *Denk* (Wien).

Mancini, Ugo, Contributo allo studio della trombosi dei seni della dura madre. (Beitrag zum Studium der Durasinusthrombose.) (*Osp. del bambino Gesù, Roma.*) Riv. osp. **3,** S. 203—213. 1913.

Beschreibung zweier klinisch gut beobachteter und durch sorgfältige Sektion anatomisch geklärter Fälle von Thrombose sämtlicher Sinus der Dura mater bei zwei Kindern im Alter von 27 und 19 Monaten. Die Diagnose stützt sich auf die schweren cerebralen Erscheinungen, den Eiweißgehalt des durch Punktion gewonnenen Liquors bei Abwesenheit von Bakterien, und auf die eventuell vorhandenen Stauungserscheinungen der Venen des Augenhintergrundes. Mikroskopisch handelt es sich dabei um begleitende, mehr minder ausgedehnte Encephalitis haemorrhagica. Die Ätiologie ist dunkel, die Prognose ungünstig. *v. Saar* (Innsbruck).

Volpe, Angelo, Tonicità e forza muscolare nelle lesioni del cervelletto. (Muskeltonus und Muskelkraft bei Läsion des Kleinhirns.) Giorn. internaz. delle scienz. med. **35,** S. 97—104. 1913.

Bei einem an Kleinhirntumor leidenden Patienten wurden mit dem Ergographen und Myotonometer von Mosso Versuche angestellt. Es ergab sich, daß sowohl Muskeltonus als auch Muskelkraft vermindert war, also dem Kleinhirn ein Einfluß auf beide zukommt. *Baldes* (Frankfurt a. M.).[M]

Maas, Otto, Störung der Schwereempfindung bei Kleinhirnerkrankung. (*Hosp. Buch, Berlin.*) Neurol. Zentralbl. **32,** S. 405—409. 1913.

Bericht über folgenden klinisch beobachteten Fall: 74jähriger Mann erkrankt plötzlich; vorübergehende Bewußtlosigkeit mit folgender Ataxia cérébelleuse besonders im linken Bein;

Dysarthrie; Unsicherheit besonders bei Bewegung des linken Armes; in letzter Zeit Schwindelgefühl und Schluckbeschwerden. Bei dem Pat. besteht deutliche Unterschätzung von Gewichten in der linken stärker ataktischen Hand. Diese Störung der Schwereempfindung hält Verf. mit Lotmar für pathognomonisch für Kleinhirnaffektionen, wenn keine anderen Teile des Zentralnervensystems geschädigt sind. Anatomische Untersuchungen über solche auf das Kleinhirn lokalisierte Erkrankungen liegen noch nicht vor. *Philippi* (Karlsruhe).

Hypophyse:

Claude, H., A. Baudouin et R. Porak, La glycosurie hypophysaire chez l'homme et l'animal tuberculeux. (Hypophysäre Glykosurie beim tuberkulösen Menschen und Tiere.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. **74**, S. 529 bis 532. 1913.

Die Autoren haben in früheren Berichten den Befund mitgeteilt, daß der Extrakt des infundibularen Hypophysenabschnitts besonders bei Leuten mit arthritischer Diathese Glykosurie hervorruft. Untersuchungen über die Wirkung der subcutanen Injektion dieses Extrakts an jungen Leuten mit progredienter, aber noch nicht zu weit vorgeschrittener Tuberkulose ohne Komplikationen zeigten ein Ausbleiben des glykosurischen Effekts. Kaninchen, die auf die Injektion zunächst mit Zuckerausscheidung reagierten, zeigten bei Wiederholung der Injektion nach vorausgegangener Infektion mit Tuberkelbacillen keine Glykosurie. *Ernst Neubauer* (Wien).[M]

Auge:

Dutoit, A., Der traumatische Enophthalmus. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte **43**, S. 398—407. 1913.

Enophthalmus traumaticus tritt auf nach Verletzungen entweder des Orbitalringes allein, oder dieses zugleich mit dem Auge, oder endlich des letzteren für sich. Dutoit unterscheidet akuten und retardierten Enophth. traum. Frakturen des Orbitalrandes beschränken sich fast niemals auf diesen allein, sondern werden weiter geleitet. Die Bedeutung des „Contre-Coup" für Orbitalfrakturen wird besonders von Salus betont. D. bezweifelt die Theorie von Fuchs, wonach Brüche der Lamina papyracea bei Schädelkontusionen allein durch Zurückfliegen des Bulbus entstehen sollen. Die Bedeutung des Luftemphysems wird eingehend besprochen. Folge der Orbitalfraktur ist zunächst meist eine retrobulbäre Hämorrhagie und Exophthalmus. Enophth. traum. tritt danach um so sicherer ein, je stärker der anfängliche hämorrhagische Exophthalmus war und je später seine Umwandlung in einen pneumatischen Exophthalmus erfolgte. Enophthalmus traumaticus wird gekennzeichnet durch Tieflage und gelegentlich durch geringe Beweglichkeitsbeschränkung des Auges, Tiefstand der Lidspalte, Epiphora mit Neigung zu Ektropium palp. inf. Bei Enophthalmus nach ausschließlicher Kontusion des Auges kann es sich um Abreißung des Fascienapparates handeln (Causé). Das Auge erscheint dabei nach hinten und unten verschoben. Bei Besprechung des Vorganges der Spontananheilung von Enophthalmus wird die Theorie der Ischämie der Orbita von v. Michel erwähnt. *Kirsch* (Berlin).

Shirmer, Otto, Fibro-angioma of the orbit. (Fibroangiom der Augenhöhle.) Americ. med. Bd. 19, Nr. 3, S. 191—192. 1913.

Giri, D. V., Contact infection of carcinoma of the eye. (Kontaktinfektion bei Augenkrebs.) (*Klin. v. Prof. Fuchs, Wien.*) Ophthalmoscope **11**, S. 202—206. 1913.

Mitteilung von 2 Fällen, in denen der sichere Nachweis erbracht werden konnte, daß ein epibulbäres Carcinom auf die Innenseite des Lides, bzw. ein Lidcarcinom auf die Hornhaut überging (per contiguitatem). *Strauß* (Nürnberg).

Nase:

Escat, E., et J. Bonzoms, Ostéome de l'ethmoïde opéré par le procédé de moure. (Osteom des Siebbeins, nach der Methode Moures operiert.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. **34**, S. 241—249. 1913.

Ausführliche Krankengeschichte eines durch „laterale Rhinotomie und transfacionasale Operation" (nach Moure) entfernten etwa nußgroßen Osteoms, das seinen Ursprung von der unteren Fläche der Lamina cribrosa nahm. *Gergö* (Budapest).

Mund:

Morestin, H., Cancer labial localement guéri par l'emploi du radium et de la diathermie, mais propagé pendant ce traitement aux ganglions du cou. Extirpation des ganglions et résection de la veine jugulaire. Chéiloplastie. (Lippencarcinom örtlich durch Radium und Diathermie geheilt, aber während dieser Behandlung auf die Halsdrüsen weitergekrochen. Exstirpation der Drüsen und Resektion der Vena iugularis. Lippenplastik.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **49**, Nr. 13, S. 545—552. 1913.

Ruff, S., i J. Hornowski, Dwa przypadki szkliwiaka szczęki dolnej. (Zwei Fälle von Adamantinom des Unterkiefers.) Przegl. chir. iginek. **8**, S. 157 bis 168. 1913. (Polnisch.)

Das Adamantinom kommt am häufigsten im Unterkiefer, manchmal im Oberkiefer, Rachen, Hypophyse vor, einmal wurde es im Schienbein beobachtet.

Fall I. 23jährige Frau. Beginn der Krankheit eine weiche Schwellung vor dem Ohre. Am aufsteigenden Kieferaste eine weiche, fluktuierende Geschwulst, deren Punktion einen blutig-serösen Inhalt ergab. Bei der Operation Entfernung der äußeren Geschwulstwand; im Inneren drei cystische Höhlen, mit gummiartigem Inhalt. Glatter Verlauf. Die mikroskopische Untersuchung ergibt zwischen zellhaltigem Bindegewebe Epithelanhäufungen entweder in Gestalt von sich kreuzenden Streifen oder Nestern. Es handelt sich um eine Wucherung sowohl von Epithel, als von Bindegewebe. Die netzartige Anordnung der Epithelstreifen ist nicht typisch für maligne Geschwülste. Die Epithelzellen sind manchmal steinförmig mit ovalem Kerne. — Fall II. 22jährige Frau. Hühnereigroße Geschwulst des Ramus ascendens, deutliche Fluktuation. Punktion ergibt klebrige Flüssigkeit. Operation: Entfernung der Vorderwand der Geschwulst. Die mikroskopische Untersuchung ergibt ein typischeres Bild. Es überwiegen nämlich epitheliale Elemente. Man trifft kleine Knochenherde und Blutextravasate. Hyaline Herde. Große Mannigfaltigkeit der epithelialen Gebilde bis zu Perlkörpern. Cystische Gebilde, deren Wände mit kubischem oder plattem Epithel ausgekleidet sind. Es handelt sich um ein typisches Adamantinom.

Was die Entstehung der Geschwülste betrifft, so ist heute die Theorie von Malassez angenommen, nach welcher sie aus Epithelresten entstehen, welche ursprünglich den Zahnkeim mit dem oberflächlichen Epithel der Mundhöhle verbinden. Die klinische Diagnose ist nicht leicht, und man soll stets an Sarkom und Aneurysma denken. Auch die mikroskopische Untersuchung ergibt nicht immer positive Resultate. Das Wachstum ist ein langsames; zuweilen erreicht die Geschwulst enorme Dimensionen. Die Prognose ist gut, die Geschwulst ist durchweg gutartig. Die Operation läßt sich stets ohne Resektion des Kiefers ausführen. *Wertheim* (Warschau).

Frenzel, A., Interdentalschiene oder extraoraler Verband bei Behandlung von Kieferbrüchen. Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 560—561. 1913.

Bei Behandlung von Kieferbrüchen muß unterschieden werden, ob Zähne im Kiefer vorhanden sind oder nicht. Im letzteren Falle kommt die Knochennaht in Betracht. Beim Vorhandensein von Zähnen arbeiten zweckmäßig Zahnarzt und Chirurg Hand in Hand, indem ersterer eine dentale Schiene anfertigt, entweder aus Kautschuk nach Warnekros oder aus dickem Metalldraht, modifiziert nach Sauer. Diese dentale Schiene beseitigt in idealer Weise alle bekannten Mängel eines extraoralen Verbandes. Sie erzielt eine vollkommene Ruhigstellung der einzelnen Fragmente, verbürgt bei klarer Übersicht des zu behandelnden Gebietes ein gutes Endergebnis und gestattet den größten Teil der Frakturbehandlung ambulatorisch zu erledigen. *Herda* (Berlin).

Gorse et Dupuich, Le cancer de la langue chez les jeunes sujets. (Zungenkrebs im jugendlichen Alter.) Rev. de chirurg. **33**, S. 293—311. 1913.

Im Anschlusse an den selbst beobachteten Fall von Zungenkrebs bei einem Soldaten von 20 Jahren, sammelten Gorse und Dupuich aus der Literatur jene Fälle, in denen Zungenkrebs innerhalb der ersten 3 Dezennien beobachtet wurde. Sie berichten insgesamt über 30 Fälle und fanden, daß in den ersten 2 Dezennien Zungenkrebs nur ausnahmsweise (unter 30 Fällen 7 mal) auftrete und auch zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre ziemlich selten sei (23 Fälle der Literatur). Der Krebs trat 19 mal am Zungenrande, 4 mal an der Spitze, 1 mal am Zungen-

rücken und 1 mal an der unteren Zungenfläche auf. Zungenkrebs im frühen Alter bietet die schlimmste Prognose; trotz zeitiger und radikaler Operation kommt es in den meisten Fällen schon nach wenigen Monaten zu Rezidiven. *Gergö* (Budapest).

Wirbelsäule:

Macdermot, H. E., An instrument for the rotation treatment of scoliosis. (Ein Tisch zur Rotationsbehandlung der Skoliose.) Americ. journal of orthop. surg. **10,** S. 455—458. 1913.

Von der Überlegung ausgehend, daß bei der Skoliose eine Drehung der Wirbelkörper stattfindet, wird ein Verfahren empfohlen, diese Drehung und die durch dieselbe entstandene Skoliose durch Gegendrehung zu bekämpfen. Zu diesem Zweck wird der Patient auf einem Rahmentisch in einer Hängegurte in Vorbeugehaltung des Rumpfes so gelagert, daß das Becken fixiert, der Kopf in einer Suspensionsschlinge festgehalten ist. An einem verstellbaren Kreis sind Handgriffe angebracht, die der Kranke festhält. Durch entsprechende Drehung des Kreises ist jede gewünschte Rotation des Rumpfes zu erzielen, die dann durch Anlegung eines Gipsmieders erhalten wird. *Wittek* (Graz).

Rückenmark, peripherisches, sympathisches Nervensystem:

Blatteis, S. R., and Max Lederer, An analysis of four hundred and twenty six cerebrospinal fluids from various pathologic conditions. (Eine Analyse von 426 Liquoruntersuchungen bei verschiedenen pathologischen Zuständen.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 811—813. 1913.

Diese Untersuchungen wurden an 317 Patienten innerhalb der letzten 5 Jahre ausgeführt und bezogen sich auf Quantität, Durchsichtigkeit, Albumin- und Globulingehalt, Reduktionsvermögen, Cytologie, Bakteriologie, Biologie, Agglutination und Komplementbindungsvermögen. Praktisch empfiehlt sich die Unterscheidung in zwei Hauptgruppen: Fälle mit klarem und solche mit trübem Liquor. Der Hauptrepräsentant der ersteren Gruppe ist die tuberkulöse Meningitis (fibrinöser Niederschlag, der in 82% Tuberkelbacillen enthält, positive Albumin- und Globulinprobe, Lymphocytose, negativer Fehling). Bei den Fällen mit trübem Liquor ist bakteriologisch nach dem Erreger zu fahnden, wenn nicht Anwesenheit von Blut die Trübung verursacht. *v. Saar* (Innsbruck).

Wimmer, August, Zur Kasuistik der traumatischen Rückenmarksläsionen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Orig. **15,** S. 292—319. 1913.

Kasuistische Mitteilungen traumatischer Rückenmarksläsionen mit besonderer Berücksichtigung des differentialdiagnostischen und des versicherungsrechtlichen Standpunktes. Die ersten 4 Krankengeschichten betreffen Fälle von Hämatomyelie im Bereiche der Hinterhörner des 7. Cervical- bis 1. Dorsalsegments. Die Häufigkeit dieser Lokalisation läßt daran denken, daß hier eine Art von locus minoris resistentiae vorliege. Auffällig war in allen Fällen die Verschonung resp. Erhöhung der Armreflexe, sowie das vollkommene Fehlen von okulo-pupillären Symptomen. Die weiteren 8 Krankengeschichten betreffen Läsionen des unteren Lumbal- und des Sakralmarks, resp. der Cauda equina. Abweichend war auch hier das häufige Verschontbleiben der Sehnenreflexe, sowie das Fehlen von Sphincterstörungen. *v. Saar* (Innsbruck).

Hals.

Schilddrüse:

Casanovas, de P. F., Funcionalismo del aparato tiroideo. (Die Funktion des Schilddrüsenapparats.) Gaceta médica del Sur de España **31,** S. 204—208 u. 230—234. 1913. (Spanisch.)

Russell, A. W., and Alex. Mills Kennedy, Teratoma of the thyroid in a foetus. (Teratom der Schilddrüse bei einem Foetus.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. **23,** S. 109—114. 1913.

Zu unterscheiden von eigentlichen kongenitalen Tumoren der Thyreoidea: 1. Thymusvergrößerungen, Hygrome, Bronchialcysten, cervicale Spina bifida, Ranula; 2. Schwellung der Thyreoideagegend nach schwerer Geburt; 3. Schilddrüsenvergrößerung durch Jodkali oder Chlorkaligebrauch in Schwangerschaft; 4. Struma mit Exophthalmus. — Die Mutter, 22jährig, III para, zeigte Ödeme des Abdomens und der Beine. Stirnlage mit Hydramnion (Abdominalumfang 105 cm). Blasenstich ergibt 17 l. Forceps. Kind tot. Gewicht 2519 g, Länge 50 cm.

Auch andere Autoren fanden bei Schilddrüsentumoren der Neugeborenen oft Hydramnion und abnorme Lagen, Demne auch häufige Vererbung. Der Tumor, orangengroß, von Kinn bis Sternum reichend, hatte sich hauptsächlich rechts entwickelt, besaß fibrösen Überzug und haftete fest an Larynx, Trachea und Oesophagus. Ein kleiner mittlerer und 2 seitliche Lappen. Larynx und Trachea nach links verlagert, ebenso die Epiglottis um das rechte Gießkannenknorpelband, so daß der Larynxeingang verlegt war. Im Schnitt cystische, fibröse und knorpelige Stellen. Histologie: Wenig thyreoides Gewebe, teils cystisch, teils drüsig, mit intracystischen papillären Wucherungen. Hauptsächlich Gewebe aller drei embryonalen Keimblätter. 1. Ektoderm: Geschichtetes Pflasterepithel, Haarfollikel, Schweißdrüsen, gliomatöses Gewebe, pigmentiertes zylindrisches Epithel. 2. Mesoderm: Hyaliner Knorpel, Knochen. 3. Entoderm: Zylinderepithel von tracheobronchialem und gastrointestinalem Charakter.

Mohr (Berlin).[o]

Saenger, Alfred, Hypothyreoidismus (Forme fruste des Myxödems). Dermatol. Wochenschr. **56,** S. 357—359. 1913.

Verf. stellt einen Fall von Hypothyreoidismus vor, den er, wie seine 6 auf der Jahresversammlung deutscher Nervenärzte 1911 in Frankfurt beschriebenen, als Forme fruste des Myxödems bezeichnet: Nachlaß des Gedächtnisses, psychische Depression, Photopsien, trockene Haut im Nacken, epileptiforme Attacken, rissige schmutzige Haut an den Fingern, nicht palpable Schilddrüse. Der Fall, ein 50 jähriger Herr, wurde durch fünfwöchige Behandlung mit Thyreoidin geheilt. Warum Verf. hier wieder die Bezeichnung Forme fruste einführt, ist nicht ersichtlich, es handelt sich ja um die verschiedenen Formen des Hypothyreoidismus leichten Grades, die Th. Kocher 1907 beschrieben hat.

Kocher (Bern).

Brust.

Brustwand:

Sawicki, Bronislaw, i Józef Skłodowski, Pierwsze żebro piersiowe, naśladujące żebro szyjne. (Die erste Rippe, eine Halsrippe imitierend.) Przeglad chirurgiczny i ginekologiczny **8,** S. 195—208. 1913. (Polnisch.)

Der 23jährige Pat. bemerkte vor 7 Monaten eine Schwäche der l. o. Extremität, welche mit der Zeit kühl und weiß wurde. Scoliosis cervico-dorsalis sinistra, Vorwölbung der linken Supraclaviculargegend. Dortselbst eine walnußgroße, elastische, pulsierende Geschwulst, nach außen davor eine harte Knochenmasse. Schwache Pulsation der Armarterien. Kühle und weiße Verfärbung der linken Hand. Röntgenographie ergibt, daß eine Halsrippe nicht vorhanden war; dagegen war der hintere Abschnitt der linken I. Rippe länger, als rechts, der Winkel deutlicher. Bei der Operation stellte es sich heraus, daß die I. Rippe in der Nähe des Knorpels mit der II. Rippe knöchern verwachsen war. Auf der Rippe liegt die aneurysmatisch erweiterte Arterie. Entfernung von 7 cm der Rippe Gute Heilung. Nach zwei Monaten noch keine Besserung. Die Erscheinungen von seiten der Gefäße werden durch Druck der Rippe auf die Sympathicusäste der Gefäße der oberen Extremität erklärt. Eine endgültige Besserung ließe sich vielleicht durch operative Behandlung des bestehenden Aneurysma erzielen. *Wertheim.*

Schulman, Maximilian, Syphilis of sternum. (Syphilis des Brustbeins.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 515—516. 1913.

Mitteilung zweier Fälle von Gumma der Innenseite des Brustbeins, einer mit Klagen über Magen-, der andere über Herzschmerzen, die mit antiluetischer Kur geheilt wurden.

Draudt (Darmstadt).

Speiseröhre:

Guisez, Les sténoses congénitales de l'oesophage. (Die kongenitalen Stenosen des Oesophagus.) Presse méd. **21,** S. 262—265. 1913.

Besprechung des Krankheitsbildes an der Hand einer Kasuistik von 4 Fällen, die auf oesophagoskopischem Wege diagnostiziert wurden. Das Leiden besteht von der Geburt an und hat seinen Sitz in der Nachbarschaft der Cardia. Es kommt häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlechte vor. Wachstumsstörungen, die sich im femininen Habitus äußern, sind wahrscheinlich Folgen der ausschließlichen Ernährung mit Milch. Die Stellung der Diagnose ist nur durch das Oesophagoskop möglich, eine Untersuchung, die bei allen Formen des Oesophagospasmus angewendet werden sollte. Die Stenose wird durch eine Art Klappe mit freiem Rande oberhalb der Cardia gebildet, die charakteristisch für die kongeni-

tale Stenose im Gegensatz zu den Stenosen ist, welche durch einen Spasmus, durch Entzündungen, durch Kompression von außen verursacht werden. Die Prognose ist ernst und abhängig von dem Grade der Stenose. Therapie: 1. Spülung mit alkalischen Lösungen zur Bekämpfung der stets vorhandenen Oesophagitis. 2. Bougieren der Stenose. 3. Operative Erweiterung durch Oesophagotomia int., besser durch zirkuläre Elektrolyse. Rezidive sind nach ausgiebiger Zerstörung der Klappe selten. 6 oesophagoskopische Bilder sind beigefügt. *Jurasz* (Leipzig).

Lungen:

Majewski, Adam, Leczenie chirurgiczne rozedmy płuc. (Über chirurgische Behandlung des Lungenemphysems.) Przegl. chir. ginek. 8, S. 100—135. 1913.

Nach ausführlicher Besprechung der Methodik der Voruntersuchung von Lunge und Thorax werden die sechs Krankengeschichten der Fälle des Verf. wiedergegeben. Die Schlußsätze lassen sich folgendermaßen formulieren. Es ist zweifelhaft, ob die Veränderungen der Rippenknorbel bei Kranken mit starr dilatiertem emphysematösem Thorax primär sind; eher ist anzunehmen, daß dieselben eine sekundäre, von Lungenveränderungen abhängige, frühsenile Erscheinung sind. Die Indikationen zur Freundschen Operation müssen auf entsprechende Fälle von primärem Emphysem erweitert werden. Die Operation soll die 2., 3., 4., 5. Rippe betreffen und beiderseitig zweizeitig ausgeführt werden, da sonst leicht Rezidive auftreten und es zu einseitigem extrapleuralem Emphysem mit Druckerscheinungen kommen kann. Die Operation soll die Bildung einer Nearthrose erzielen; daher sind 2—4 cm des Knorpels zu entfernen und zwischen die Stümpfe Muskellappen einzupflanzen. Druckdifferenzverfahren ist entbehrlich. Die Erfolge sind meist günstig. Außer ausgesprochener subjektiver Besserung ist auch objektiv u. a. durch Spirometrie eine Besserung erreichbar. Letztere wird durch die Höhentherapie begünstigt. *Wertheim* (Warschau).

Trevisan, Ugo, Osservazioni su casi di pneumotorace terapeutico. (Beobachtungen bei künstlichem Pneumothorax.) Gaz. med. ital. **64,** S. 91 bis 92. 1913.

Herzbeutel, Herz:

Schepelmann, Emil, Herzklappenchirurgie. Experimentelle Untersuchungen. (*Prof. Wullsteins chirurg. Klin., Halle a. S.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **120,** S. 562—579. 1913.

Im Anschluß an frühere Versuche, Stenosen der Atrioventrikularklappen beim Tier durch Resektion derselben bzw. Durchschneidung der Sehnenfäden zu beseitigen, hat Verf. weitere Experimente in dieser Richtung angestellt. Um die bei der früheren Art des Vorgehens nicht seltenen Nebenverletzungen, sowie die Gefahren, welche die für eine breite Eröffnung der Herzkammer notwendige temporäre allgemeine Herzblutleere mit sich bringt, zu vermeiden, sah Verf. bei seinen neuen Versuchen davon ab, die Klappen selbst in Angriff zu nehmen. Von der Überlegung ausgehend, daß z. B. bei einer Stenose der Tricuspidalklappe eine Stauung im r. Vorhofe eintritt, suchte er dieselbe durch Herstellung einer Kommunikation zwischen den beiden Vorhöfen und zwischen den beiden Ventrikeln zu beseitigen. Zu diesem Zweck wird nach Anlegung einer zartfedernden Klemme etwa um die Mitte der Herzkammern unter Blutleere von einer an der Spitze des linken Ventrikels gelegenen Incisionsöffnung aus ein Stück des Septum musculare reseziert, während an den Vorhöfen die Verbindung durch ein in die Wand der beiden Herzohren nach temporärer Abklemmung der letzteren eingepflanztes Stück einer von einem anderen Tier gewonnenen Aorta hergestellt wird. Die Kommunikationsöffnungen verengerten sich mit der Zeit, der neugebildete Kanal zwischen den Vorhöfen wurde durch Verwachsungen an das Herz herangezogen. Verf. führt dieses Schrumpfen der Kommunikationen auf die vom pathologischen Zustand verschiedenen Druckverhältnisse zurück. *Haecker* (Königsberg, i. Pr.).

Bauch und Becken.

Allgemeines:

Wolknowa, Ein Fall von Situs viscerum inversus. Pediatria 4, S. 134—138. 1913. (Russisch.)

Kasuistische Mitteilung eines in die Kinderklinik eingelieferten Mädchens, bei dem durch

die klinischen Untersuchungsmethoden und röntgenoskopisch Herz und Milz auf der rechten Seite festgestellt wurden, während die Leber sich links befand. Aufblasen des Rectums mit Luft ergab eine Vorwölbung der unteren rechten Bauchhälfte. Magenbismuthphotographie infolge undeutlicher Röntgenbilder keine Resultate. *Hilse* (Dorpat).

Rénon, Louis, Technique et indications de la laparoscopie (Présentation d'instruments). (Technik und Indikation der Laparoskopie. (Vorzeigung von Instrumenten.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris **29** S. 510 bis 513. 1913.

Verf. beschreibt zunächst kurz das von Jacobaeus (Stockholm) angegebene Instrument für die Laparo- und Thorakoskopie.

Das Prinzip der Methode besteht darin, daß man ein Cystoskop nach Nitze in das Rohr eines Troikarts einführt und mit Hilfe desselben die Bauchhöhle besichtigt. Der Apparat besteht aus folgenden Teilen: Troikart, äußeres Troikartrohr mit Kammer und Ventilvorrichtung, Cystoskop, inneres Troikartrohr, welches in eine abgerundete Zwinge endigt. Die Ventilvorrichtung dient dazu, die Bauchhöhle von der Außenwelt zeitweilig abzuschließen, und wird durch das kleine Troikartrohr betätigt (beim Einführen des letzteren geöffnet, beim Herausziehen geschlossen).

Die Technik ist verschieden, je nachdem gleichzeitig Ascites besteht oder nicht; in ersterem Falle ist sie sehr einfach. Man punktiert mit Hilfe des Troikarts und öffnet durch Einführung der inneren Troikarthülse das Ventil am äußeren Troikartrohr. Nach Entleerung des Ascites leitet man Luft oder Sauerstoff in die Bauchhöhle und schließt sodann durch Herausziehen des Innenrohres das Ventil. Nunmehr kann man das Cystoskop einführen, ohne daß während dieser Operation die Gas- oder Luftfüllung entweicht. Nach Schluß der Untersuchung zieht man das Cystoskop heraus, öffnet durch Einführen des Innenrohres das Ventil, läßt die Füllung entweichen und zieht dann beide Hülsen heraus. Ist kein Ascites vorhanden, so ist die Methode umständlicher und wegen der Möglichkeit einer Darmverletzung gefährlicher. Nach Anlegung einer kleinen Hautincision in Lokalanästhesie führt man erst eine Punktionsnadel ein — das Eindringen durch das Peritoneum ist durch lebhafte Schmerzempfindung gekennzeichnet —, läßt Gas oder Luft einströmen und führt nun erst den großen Troikart ein. Verf. hält diese Methode trotzdem für gefährlich und empfiehlt für diese Fälle die Anwendung des Küßschen Troikarts, der durch eine sinnreiche Verbindung mit einem Manometer die Sicherheit bei der Punktion außerordentlich erhöht: Beim Eindringen in die Peritonealhöhle werden die Atemdruckschwankungen manometrisch registriert und warnen dadurch vor tieferem Eindringen. Nach Auffüllung mit Gas wird auch in diesem Falle der starke Troikart mit Cystoskop eingeführt. Jakobaeus hat in bisher 109 Fällen die Laparoskopie ausgeführt und genaue Untersuchungsbefunde an Leber, Peritoneum und Intestinum aufnehmen können. Verf. glaubt, daß durch eine weitere Vervollkommnung der Methode bei Fällen ohne Ascites das Anwendungsgebiet sich entsprechend vergrößern würde. *Mettin* (Berlin).

Cope, V. Zachary, A lecture on abdominal injuries. (Vorlesung über Bauchverletzungen.) Clin. journal **41**, S. 385—390. 1913. (Polnisch.)

Mieczkowski, Leon, O guzach zapalnych brzucha. (Über entzündliche Bauchgeschwülste.) Przegl. chir. i ginek. **8**, S. 9—19. 1913. (Polnisch.)

Fall I. Der 19jährige Pat. bemerkte vor 6 Wochen eine schmerzlose, faustgroße Geschwulst über dem rechten Poupartschen Bande. Abmagerung, kein Blut und kein Eiter im Stuhle. Klinische Diagnose: bösartige Geschwulst des Dünndarms. Die Operation ergibt eine mit Dick- und Dünndarm verwachsene, auf die großen Gefäße übergehende Geschwulst. Sie wird entfernt; bei der Lösung der Darmverwachsungen entleert sich etwas Eiter; Wurmfortsatz unsichtbar. Die mikroskopische Diagnose lautet: Bindegewebe mit zahlreichen Rundzellen. Zunächst Heilung mit Bruchbildung. Nach einem halben Jahre zeigt sich eine Vorwölbung an Stelle des Bruches, woselbst ein stinkender Absceß eröffnet wird. — Fall II. Die 38jährige Kranke wurde wegen eines ausgedehnten Abscesses in der Blinddarmgegend operiert. Nach 4 Monaten trat in der rechten Bauchhälfte über dem Lig. Poupartii eine große, schmerzlose, unbewegliche Geschwulst auf. Kein Fieber. Operation ergibt Verwachsungen der Geschwulst mit der Bauchmuskulatur, zahlreiche Verwachsungen der Därme. Der untere Pol der dem Blinddarm und Ileum aufsitzenden Geschwulst reicht bis an die Harnblase heran.

Ein kleiner Absceß an der äußeren Blinddarmwand. Wurmfortsatz gewunden, der Absceßhöhle anliegend. Entfernung des Wurmes und der Geschwulst. Partielle Naht der Bauchwand. Die mikroskopische Untersuchung ergibt dichtes Bindegewebe, hie und da kleine Rundzellen. Pat. heilte ohne Bruch. — Fall III. Die 49jährige Pat. leidet seit einigen Monaten an Verstopfung. Vor 14 Tagen bemerkte sie eine Geschwulst im linken Hypochondrium; Abmagerung. Bei der Untersuchung findet man eine zweifaustgroße, glatte, schmerzlose, bewegliche Geschwulst, welche als Krebs der Flexura coli lienalis erkannt wird. Bei der Operation stellt man eine Verwachsung der Geschwulst mit den Bauchmuskeln fest. Beim Separieren entleert sich Eiter aus der Tiefe. Es wurde, in der Annahme, daß es sich nur um eine entzündliche Geschwulst handle — eine Partie der Geschwulst entfernt und die Wunde tamponiert. Die mikroskopische Untersuchung ergibt entzündliche Veränderungen. Es bildete sich eine Kotfistel, welche nach einigen Wochen zu einem erneuten Eingriffe führte. Die Geschwulst nimmt aus dem Quergrimmdarm ihren Anfang und ist mit Netz und Magen verwachsen. Zweizeitige Entfernung der Geschwulst, welche sich mikroskopisch als krebsige erwiesen hat. Wie man sieht, sind die diagnostischen Schwierigkeiten groß; auch die mikroskopische Untersuchung gibt nicht immer sicheren Aufschluß über die Natur des Leidens. So wurde im dritten Falle zunächst eine maligne Geschwulst, dann nach der ersten Operation auf Grund mikroskopischer Untersuchung ein entzündlicher Zustand diagnostiziert. Erst der weitere Verlauf bestätigte die ursprüngliche Diagnose.

Verf. ist Anhänger des radikalen Verfahrens in diesen Fällen. Die manchmal zum Ziele führende konservative Behandlung ist langwierig und setzt die Kräfte des Kranken auf eine harte Probe. Allerdings sind die technischen Schwierigkeiten der Operation zuweilen sehr erheblich, auch kommt es oft zu späterem Bauchbruche; doch sollte man, in Anbetracht der Möglichkeit einer malignen Neubildung, vor den Schwierigkeiten des Eingriffes nicht zurückschrecken. *Wertheim* (Warschau).

Mc Connell, A. Bonner, Intestinal obstruction. (Darmverschluß.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67**, Nr. 4, S. 665—668. 1913.

Saviozzi, Valeriano, I lipomi del perineo. (Die Lipome des Perineums.) (*Istit. di clin. chirurg., univ., Pisa.*) Riv. osped. **3**, S. 245—256. 1913.

Bei einem 18jährigen Manne entstand allmählich unter Schmerzgefühl beim Sitzen und Gehen eine Geschwulst in der Dammgegend, welche sich etwas in den Hodensack hineinerstreckte. Diese pomeranzengroße Geschwulst ließ sich durch Druck zurückdrängen, es erschien dann aber eine Anschwellung der rechten Hinterbacke. Bei der Operation erwies sich die Geschwulst als eine unter der oberflächlichen Aponeurose sitzendes Lipom, das nach seiner Fortnahme 377 g wog. Die zurückgebliebene große Wundhöhle heilte schnell aus.

Die Lipome des Damms sind entweder kongenitale oder sekundär entstandene, sie sitzen in der Gegend des Steißbeins und der Hinterbacken, in der Scham- und Leistengegend und in den großen Schamlippen. Wenn sie im unteren Teil der Nates ihren Sitz haben, so füllen sie gewöhnlich die Fossa ischio-rectalis aus, und für ein Lipom der Fossa ischio-rectalis wird das des vorliegenden Falles vom Verf. gehalten. Die Geschwülste der genannten Grube machen Beschwerden beim Gehen und Stehen und rufen durch Druck auf den Mastdarm und die Blase Störungen hervor. Die Lipome des Dammes können mit Hernien verwechselt werden; sie können sich entzünden und an der Oberfläche geschwürig zerfallen. *Herhold* (Hannover).

Bauchfell:

Hofmann, A., Zur Frage der freien Transplantation des Peritoneum. Erwiderung auf die Bemerkung des Herrn Dr. Friedemann. Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 460. 1913.

In der kurzen Entgegnung tritt Hofmann nochmals für die freie Transplantation des Peritoneum auf Serosadefekte ein. *Hohmeier* (Marburg).

Magen, Dünndarm:

Bériel, L., et Ch. Gardère, Les lésions du muscle gastrique consécutives aux périgastrites. Leurs rapports avec les troubles de la motricité stomacale. (Schädigungen des muskulösen Magens nach Perigastritiden. Ihre Ähnlichkeit mit Störungen der Magenbewegung.) Lyon chirurg. **9**, S. 378—390. 1913.

Die Pathologie des Magenmuskels bei Dilatation desselben ist noch wenig untersucht. Nur von wenigen Seiten werden seine Motilitätsstörungen auf eine direkte

Läsion der Muskulatur zurückgeführt. Kußmaul, Meyer und Ewald haben bei der Dilatation eine kolloide oder fettige Degeneration der Muskelelemente beschrieben. Hayem und Lyon haben hyaline Entartung und trübe Schwellung dabei gesehen. Der alten Auffassung, daß die Dilatation ohne Wandveränderung einhergehe, muß man entgegentreten, da bisher immer Partien untersucht wurden, die bei der Entleerung keine Rolle spielen. Auch verschiedene Hypothesen über die Entstehung der Dilatation sind aufgestellt worden, nur hat man nie daran gedacht, die Muskelfasern einmal selbst zu untersuchen. Tripier und Paviot haben gefunden, daß bisweilen bei Cholelithiasis ein andauernder Reiz auf das Perigastrium ausgeübt wird, der dann zu einer plastischen Peritonitis führt. Diese ruft in der unter dem Peritoneum liegenden Muskulatur Veränderungen hervor, die geeignet sind, die Muskelelemente in ihrer Kontraktionsfähigkeit allmählich zu zerstören. Zur Herbeiführung der Motilitätsstörungen muß die pylorische Gegend befallen werden, da nur diese einen Muskeltonus besitzt, was die Radiologie beweist. Diese läßt auch die hier vorhandenen peristaltischen Wellen sehen, die ebenfalls wegfallen, wenn die Funktion der Muskulatur gestört ist. Die häufigsten Ursachen dieser Störungen in der Motilität sind die Cholelithiasis und auch die Tuberkulose mit ihren nachfolgenden entzündlichen Veränderungen. Dagegen vermögen die einfachen Gastritiden diese Läsionen (s. unten!) der Muskulatur nicht herbeizuführen, sondern lokalisieren sich nur auf Veränderungen der Submucosa. — Anatomisch findet man Reste abgelaufener Peritonitis, die z. B. von der Gallenblase strangförmig zum Duodenum und Pylorus hinziehen und diese kreuzweise umspannen. Wenn es auch so aussieht, als ob es sich manchmal um eine echte Stenose handle, so ist dieses doch nie der Fall, was die Autopsien beweisen, was auch die Mißerfolge etwaiger Gastroenterostomien erkennen lassen. Histologisch handelt es sich um Veränderungen der Muskulatur in der Nähe des Peritoneums, die in Sklerose, Degeneration, Neubildung und ev. Hypertrophie der einzelnen Elemente bestehen. Funktionell ist die ev. Hypertrophie indessen ungenügend. Klinisch bestehen schmerzhafte Krisen und peritoneale Erscheinungen und führen diese durch ihre Häufigkeit zu Dilatation. Heilung kann zustande kommen, wenn das infektiöse Moment, z. B. eine Steinblase, wegfällt. Die Diagnose ist schwierig, wenn man Tumor- oder Ulcusstenose ausschließen muß. Therapeutisch muß man danach trachten, die die Entzündung veranlassende Ursache auszuschalten. Gastroenterostomie, Lösung der Adhäsionen, ev. auch die partielle Magensekretion führen zu keinem Ziel, wenn die Ursache, z. B. die entzündete Gallenblase, nicht entfernt wird. Während der Krisen ist die Therapie rein symptomatisch. *Becker* (Halle a. S.).

Uffreduzzi, O., et J. Giordano, Modifications à la gastro jejuno-œsophagostomie de Roux. (Modifikationen der Gastro-Jejuno-Oesophagostomie nach Roux.) (*Inst. de clin. chirurg., univ., Turin.*) Arch. gén. de chirurg. **7**, S. 287—291. 1913.

Verff. glauben auf Grund zahlreicher Tierexperimente folgende Methoden der künstlichen Oesophagusbildung empfehlen zu können: 1. Extrathorakal: In der ersten Sitzung proximale Durchtrennung des zu verwendenden Dünndarmstückes, das distale Ende bleibt in der Kontinuität, unterhalb davon wird das abführende Jejunumende wieder eingepflanzt; im gleichen Akt wird das gelöste Darmstück unter der Haut bis zur gewünschten Höhe nach oben geführt. In einer zweiten Sitzung wird eine laterale Anastomose zwischen herausgeleitetem Darm und Magen, da wo beide sich berühren, gemacht. 2. Intrathorakal: In der ersten Sitzung Darmdurchtrennung wie oben, dann laterale Pleurotomie zwischen 6. und 7. Interkostalraum unter intratrachealer Insufflationsanästhesie nach Meltzer-Auer, Oesophagusdurchtrennung oberhalb des Hindernisses und direkte Vereinigung mit dem nach oben geleiteten Darm; Thoraxverschluß. Zweiter Akt wie oben. *Draudt* (Darmstadt).

Fredet, P., et L. Tixier, Sténose hypertrophique du foie chez un nourrisson, gastroentérostomie à l'âge de treize jours, guérison. (Hypertrophische Pylorusstenose bei einem Säugling, Gastroenterostomie im Alter von 13 Tagen, Heilung.) Clin. infant. **11**, S. 72—78. 1913.

Die Gastroenterostomie hatte zu einem Circulus vitiosus geführt, weshalb 4 Tage nach der

ersten Operation die Enteroanastomose zwischen zu- und abführendem Schenkel ausgeführt wurde. Je frühzeitiger der Eingriff, desto günstiger der Erfolg. Ausführliche Krankengeschichte.
v. Khautz (Wien).

Lopez, Ulcera traumática del estómago. Cáncer pilorico. (Traumatisches Magengeschwür, Pyloruscarcinom.) Revista ibero-americana de ciencias médicas **29**, S. 151—160. 1913. (Spanisch.)

Auf Grund eines vom Verf. beobachteten Falles vertritt er die Anschauung, daß ein Magengeschwür durch ein Trauma in der Magengegend entstehen kann. Es sind aber hierzu ganz besondere Umstände notwendig, unter denen eine Hyperacidität eine Hauptrolle spielte, indem sie das Heilen der traumatisch entstandenen Magenwunden verhindert. Ob das bei demselben Fall später auftretende Carcinom mit dem Unfall in Verbindung zu setzen ist, vermag Lopez nicht zu entscheiden; er gibt eine derartige Möglichkeit aber zu.

Eine 59jährige, völlig gesunde Frau erlitt vor $3^1/_2$ Jahren einen schweren Stoß gegen das Epigastrium. 8 Tage nach dem Unfall heftige Magenschmerzen, verbunden mit Blutbrechen und Abgang von blutigem Stuhl. Weil seit dem Unfall dauernde Schmerzen in der Magengegend bestanden, kam Patientin 2 Jahre später in Behandlung des Verf., der ein traumatisches Magengeschwür bei der Frau diagnostizierte und sie mittels innerer Behandlung von ihren Beschwerden befreite. 8 Monate später stellten sich wieder Schmerzen und tägliches, nicht blutiges Erbrechen ein. Bei der Untersuchung war kein Tumor nachweisbar, und es bestand hohe Hyperacidität. Bei der Laparotomie fanden sich an der vorderen und hinteren Magenwand, im Bereich des erlittenen Unfalls, weiße strahlige Narben. Der Pylorus war durch harten Tumor stark verengt und mit dem Kolon und der Leber untrennbar verwachsen, weshalb eine Gastroenterostomie angelegt wurde. *Lazarraga* (Marburg).

Berg, A. A., The influence of gastro-enterostomy on gastric and duodenal ulcers. (Der Einfluß der Gastroenterostomie auf Magen- und Duodenalgeschwüre.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 881—884. 1913.

Auf Grund klinischer und experimenteller Beobachtungen vertritt Verf. die Ansicht, daß die G. E. nur auf in der Nähe oder am Pylorus und im oberen Duodenum gelegene Geschwüre heilend wirkt, bei allen anderen Magengeschwüren aber nicht. Jene lösen reflektorisch einen Pylorusspasmus auf und der Mageninhalt gelangt durch die G. E.-Stelle in den Darm, somit fehlt der schädigende Reiz und es tritt Heilung ein. Der in den Magen zurückfließende Duodenalinhalt, Pankreassaft und Galle — ein Vorgang, der fast nach jeder G. E. eintritt und kein circulus vitiosus ist — neutralisiert den hyperaciden Magensaft, ist also auf die direkte Heilung ohne Einfluß. Die große Zahl der Rezidive — 45% — erklärt Verf. dadurch, daß mit der Heilung der Pyloruskrampf schwindet, die Speisen wieder durch den Pylorus in den Darm gehen, somit wieder einen Reiz ausüben, die G. E.-Stelle verkleinert sich und schrumpft. Um die Rezidive zu beschränken, muß man die Speisen zwingen, die G. E.-Öffnung dauernd zu benutzen. Verf. empfiehlt zu diesem Zweck seine Methode. Er macht die G. E. und legt um den Magen oberhalb des Pylorus eine Ligatur, die er vorsichtig anzieht, so daß die Innenwände sich berühren, ohne daß sie und die Gefäße komprimiert werden. Er fixiert die Ligatur mit Nähten. Er hat seit 1901 diese Methode bei frischen und alten Ulcera der Pylorusgegend und des oberen Duodenums, bei Duodenalfisteln und akzidentellen Wunden des Duodenums mit gutem Erfolge angewandt; bei einem Falle, den ein Kollege operierte, wurde der Faden zu sehr angezogen und schnitt, da die Magenwände brüchig waren, durch. Diese Methode schützt ebensogut wie die Eiselbergsche Operation vor Rezidiven, unterscheidet sich aber wesentlich dadurch, daß sie technisch sehr einfach ist, die Dauer der Operation nur wenig verlängert, eine Mortalität hat, die bedeutend geringer ist als die der Eiselbergschen Operation und kaum höher als die der G. E. allein. *Simon* (Breisach).

Hartmann, Henri, Adénomes végétants de la partie supérieure de l'intestin grêle simulant la sténose pylorique. (Wachsende Adenome des oberen Teils des Dünndarms eine Pylorusstenose vortäuschend.) Presse méd. **21**, S. 241. 1913.

Zwei Fälle von temporärer Invagination mit Stenoseerscheinungen, verursacht

durch ein solitäres Adenom im Duodenum und Anfangsteil des Jejunum, wurden von Hartmann mit Erfolg operiert. Beide Adenome waren gutartige epitheliale Tumoren von polypösem Bau.

Bei einer 49jährigen Frau trat jedesmal einige Stunden nach der Nahrungsaufnahme Erbrechen ein. Es bestand Hyperacidität und motorische Insuffizienz des Magens. Eröffnung des Duodenum wegen eines fühlbaren frei beweglichen Tumors; Beseitigung einer deszendierenden und retrograden Invagination im Anfangsteil des Ileum. Die gleichen klinischen Erscheinungen führten bei einem 15jährigen Kinde zur Laparotomie. Der Tumor konnte durch die Bauchdecken hindurch getastet werden und erinnerte an eine Wanderniere. Der Operationsbefund glich dem ersten Fall. *Klose* (Frankfurt a. M.).

Lésniowski, Antoni, O zawęźleniu jelit cienkich. (Volvulus des Dünndarms.) Pzeglad chirurgiczny i ginekologiczny 8, S. 20—39. 1913. (Polnisch.)

(Der 67jährige, benommene Pat. hat angeblich seit zwei Tagen Verhaltung von Stühlen und Winden, sowie Koterbrechen. Starke Auftreibung des Leibes, besonders des Epigastriums. In der linken Darmbeingrube Dämpfung. Der Kranke wurde sofort, mit der Wahrscheinlichkeistdiagnose — Volvulus des S. romanum — laparotomiert. Medianer Bauchschnitt, Vorfall der aufgetriebenen Dünndarmschlingen. Dickdarm leer, geschrumpft. Hinter dem Dünndarm, nach links oben gerichtet fühlt man einen derben Strang; eine nähere Besichtigung ergab, daß es sich um den Rand des gespannten und mit Därmen in der Richtung des Uhrzeigers gedrehten Gekröses handelte. Über den Rand des Gekröses war eine Dünndarmschlinge stark geknickt; oberhalb der Knickung waren die Därme gebläht. Rückdrehung um 180°. Der untere Gekröseabschnitt war narbig verdickt, am Dünndarm, 4 cm weit von der Baukin'schen Klappe eine quere Einschnürungsfurche. Entleerung des Darminhaltes mittels Troicarts Naht. Anfangs schwerer Verlauf. Am 10. Tage Nachlassen der Bauchnaht, Prolaps des Magens und Netzes, weiter glatter Verlauf. Nach fünf Monaten Heilung mit fester Narbe. — Es handelte sich demnach um eine Drehung des ganzen Dünndarmes um 180° in der Richtung des Zeigers. An der Hand des Falles entwirft Verf. ein klinisches Bild des Leidens. Die Ätiologie wird zumeist auf angeborene, oder erworbene Kürze des Mesenterialansatzes des Dünndarms zurückgeführt; erstere kommt als Ursache der Drehung bei Neugeborenen häufig in Betracht, obwohl eine Drehung um 90° noch nicht pathologisch ist. Eine eine zeitlang abgeschnürte, oder in einem Bruchsack gelegene Schlinge kann zur Drehung führen. Bei normalem Mesenterialansatze kann die Drehung durch Steigerung einer physiologischen Kreuzung der Schlinge und Spannung des betreffenden Gekrösabschnittes zustande kommen. Über dem Mesenterialstrange wird dann die Schlinge geknickt und der Verschluß ist da; die Knickung kann durch Schwere der gefüllten Schlinge entstehen, wobei dann infolge einer gesteigerten Peristaltik und Blähung immer weitere Abschnitte des Darmes über dem gespannten Mesenterium langsam gezogen werden. Zuweilen erfolgt ein kompleter Verschluß erst nach einer Reihe von Anfällen — sozusagen chronisch. Das Leiden scheint in slavischen Ländern häufiger zu sein und kann entweder in chronischer, oder mehr akuter Form auftreten. Der Meteorismus betrifft meist die Mittellinie und die Nabelgegend. Rechts vom Nabel ist die größte Resistenz; dort konzentrieren sich auch die stärksten Schmerzen. Die Schwierigkeiten der Diagnose sind bekannt; Heilung kann nur durch Laparotomie mit guter Übersicht der Verhältnisse erfolgen. Die Durchmusterung der Bauchhöhle soll von Blinddarm aus beginnen; bis zum letzteren reicht nämlich in der Regel der Volvulus. *Wertheim* (Warschau).

Wurmfortsatz:

Türschmid, Wilhelm, Lewostronne wysokie ułożenie kiszki ślepej z niezwykłym przebiegiem wyrostka robaczkowego. (Linksseitige Hochlagerung des Blinddarms mit ungewöhnlichem Verlaufe des Wurmfortsatzes.) Nowiny lekarskie 25, S. 69—71. 1913. (Polnisch.)

(Sektionsprotokoll eines mit der Diagnose Lungenabsceß verstorbenen Mannes. In der rechten Darmbeingrube befindet sich eine Schlinge des Sromanum; links unter dem Magen liegt der mit dem Boden nach oben gekehrte Blinddarm, etwas nach links von der Plica duodenojejunalis. Der aufsteigende Grimmdarm fehlt rechterseits. Das aufsteigende Kolon beginnt unterhalb des Coecums, biegt dann unter einem scharfen Winkel nach rechts um, und bildet hier eine fast normale Flexura hepatica. Das Colon descendens liegt hinter dem Coecum. Der Wurmfortsatz ist 14,5 cm lang und liegt zwischen dem parietalen Bauchfell und Mesenterium mit der Mitte nach rechts gerichtet. Die Spitze liegt dem Hilus der rechten Niere an.) Die abnorme Stellung des Blinddarms führt Verf. auf eine Hemmung der normalen Entwicklung des Darmkanales im frühen Fötalleben zurück und erinnert an die bekannten Vorgänge und Wanderungen der fötalen Ansa umbilicalis. *Wertheim* (Warschau).

Garin, Ch., et A. Chalier, Un cas d'appendicite à oxyure. (Ein Fall von Oxyurenappendicitis.) Lyon chirurg. **9**, S. 418—422. 1913.

Bei einem 11 jährigen Knaben wurde mit der Diagnose „chronische Appendicitis und Verdauungsstörung" der Wurmfortsatz entfernt. Neben Obliteration der Spitze und einem Kotstein fanden sich mehrere Oxyuren, deren einer in der Wand im Bereiche eines oberflächlichen kleinen Abscesses steckte. Der Parasit bohrt sich in einen Drüsengrund ein und macht, selbst unschuldig, den Bakterien des Appendixinhaltes die Bahn zur Infektion frei. 2 Abbildungen.
Schmidt (Würzburg).

Reder, Francis, A sign of diagnostic value in obscure cases of chronic appendicitis elicited by rectal palpation. (Rectalpalpation als diagnostisches Zeichen in dunklen Fällen chronischer Appendicitis.) Internat. clin. Bd. **23**, H. 1, S. 13—17. 1913.

Der bis über die nach O'Beirne benannte Valvula recti vom Mastdarm aus vorgeschobene Finger erregt bei chronischer Appendicitis bei leichtem Druck gegen die rechte Fossa iliaca Schmerzen. *zur Verth* (Kiel).

Dickdarm und Mastdarm:

Rydygier, Antoni, Jak należy postępować wobec nowotworów esicy i odbytnicy. (Operative Behandlung der Geschwülste des S. romanum und rectum.) Przegladchir. i ginek. 8, S. 54—99. 1913. (Polnisch.)

Das Material der Lemberger Klinik umfaßt 74 Fälle, deren Krankengeschichten am Schluß der Arbeit auszugsweise wiedergegeben werden. Auf frühe Diagnose und rechtzeitige Fingeruntersuchung wird besonderer Wert gelegt, das Rektoskop ist mit Vorsicht, womöglich unter steter Kontrolle des Auges zu verwenden. Die Probeexcision wird verworfen, da die Natur des Leidens auch ohne sie in der Mehrzahl der Fälle klar ist. Der hohe Sitz der Geschwulst sowie Übergreifen derselben auf Prostata, Vagina oder Blase sind für Verf. keine Kontraindikationen; dagegen operiert er nicht bei Verwachsungen mit den höheren Abschnitten des Kreuzbeines. Die Vorbereitung geschieht in der Klinik des Vaters des Verf. durch Verabreichung von o. ricini und Klysmen — eine Woche vor der Operation; unmittelbar vor und nach dem Eingriffe Opiate. Excochelation vor der Operation ist wegen Gefahr einer Darmperforation zu verwerfen. Sitzt die Geschwulst an der Grenze zwischen Rectum und S. romanum, so wird stets 14 Tage vor der Operation ein Kunstafter im Colon transversum, in der Mittellinie, über dem Nabel angelegt. Dann wird der kranke Abschnitt energisch gespült. Die Operation wird durch den Bauch gemacht, die Darmenden End zu End vernäht. Die Anlegung des Kunstafters erleichtert den Eingriff und steigert die Beweglichkeit des kranken Abschnittes. Verf. verwirft die Operationen per rectum und tritt warm für die abdominale oder abdomionsakrale Methode ein. Er bildet — nach Rydygier senior — Hautknochenlappen aus dem quer durchmeißelten Sacrum, welches zurückgeklappt wird. Er warnt vor Eröffnung des Darmes, bevor der Abschnitt vollständig separiert wurde. Das Peritoneum wird, zwecks Entfernung der Drüsen eröffnet, die Art. haem. sup. unterbunden. Nach Resektion wird das Darmende torquiert und am Anus befestigt; die Funktion des Sphincter soll, wo möglich, erhalten bleiben. Tamponade der Wunde: bei der Naht des Darmes macht R. auf die Naht der Schleimhaut aufmerksam, wodurch Blutungen vermieden werden. Auf der Lemberger Klinik wurde in 86,8 % aller Fälle radikal operiert; bei radikaler Operation war die Mortalität 37,9 %, bei palliativen 10 %. *Wertheim* (Warschau).

Kryński, Leon, W sprawie operacyi doszczętnych raka okrężnicy. (Zur Radikalbehandlung des Kolonkrebses.) Przegl. chir. i ginek. 8, S. 148—156. 1913.

Zwei mit gutem Erfolge einzeitig operierte Fälle von Krebs des Blinddarms und der Flexura hepatica. Obwohl die Dickdarmkrebse im allgemeinen langsam wachsen, lange Zeit lokalisiert bleiben und zu späten Metastasen führen, sind die technischen Bedingungen des Eingriffes — tiefe Lage, kurzes Gekröse usw. schwierig. Deshalb wurde auch seinerzeit von Mikulicz das zweizeitige Verfahren vorgeschlagen. Letzteres ist zweifellos als Methode der Wahl in schweren Fällen, bei entkräfteten Individuen, akutem Ileus anzusehen. In der letzten Zeit wenden sich zahlreiche Autoren wieder der einzeitigen Operation zu. Dank der verbesserten Technik gelingt es immer häufiger, dem Kranken das lange Krankenlager und die Unannehmlichkeiten des Kunstafters zu ersparen. Verf. erachtet die einzeitige Operation mit seitlicher Vereinigung der Stümpfe als Normalverfahren. *Wertheim* (Warschau).

Leber- und Gallengänge:

● **Ewald, C. A., Die Leberkrankheiten. Für Studierende und Ärzte.** Leipzig, Thieme 1913. IX, 275 S., 7 Taf. M. 10,—.

Mauban, H., Les localisations douloureuses de la lithiase biliaire. (Die lokalisierten Schmerzpunkte der Cholelithiasis.) Gaz. des hôp. **86,** S. 593 bis 598. 1913.

Beschreibung von 8 lokalisierten Schmerzpunkten (4 Abbildungen), die von diagnostischer Bedeutung für die Erkennung der Cholelithiasis sind: 1. Epigastrischer Punkt im beiderseitigen Winkel zwischen Rippenknorpel und Proc. xiph. 2. Cystischer Punkt an der Vereinigungsstelle des äußeren Randes des M. rectus mit dem Rippenbogen. 3. Choledocho-pankreatischer Punkt als Projektion des intrapankreatischen Verlaufes des Ductus choledochus auf die Bauchhaut, der folgendermaßen gefunden wird: Durch den Nabel wird eine Vertikale nach oben, eine Horizontale nach rechts gelegt, der entstehende rechte Winkel halbiert. Die schmerzhafte Zone liegt zwischen der Vertikalen und Halbierungslinie, ohne nach oben auf der Halbierungslinie 5 cm zu überschreiten, ohne unten ganz bis zum Nabel zu reichen. 4. Punkt am freien Ende der 12. Rippe. 5. Punkt am rechten N. phrenicus, oberhalb der Clavicula und etwas nach außen vom M. sternocleidomastoideus. 6. Schmerzpunkte über der rechten Schulter an der oberen und hinteren Seite des Schultergelenkes. 7. Punkt an der Spitze der rechten Scapula. 8. Schmerzpunkte über den Dornfortsätzen und dem periverteбralen Gewebe des 8.—11. dorsalen Wirbels. Schmerzen an diesen Punkten treten während des Anfalles spontan auf, oder können im Intervall durch Druck ausgelöst werden. *Jurasz* (Leipzig).

Clermont, D., Le cancer de l'ampoule de Vater. (Das Carcinom der Papilla Vateri.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. **20,** S. 19—83. 1913.

65jähriger Mann, ohne erbliche Belastung, früher stets gesund. Seit 10 Tagen Schmerzen im linken Hypochondrium, Ikterus und allgemeine Schwäche. Stuhl entfärbt, zunehmender Ikterus, Hautjucken. 38° Abendtemperatur. Leberdämpfung vergrößert, über ihr leichter Druckschmerz. Im Krankenhaus werden diarrhoische Blutstühle beobachtet. Schnelles Schwinden der Kräfte und rapide Abmagerung. Deshalb ungefähr 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung Operation. Schnitt am äußeren Rande des Musculus rectus, Punktion der stark gefüllten Blase, Cysticus und Choledochus sind bedeutend erweitert (wie ein Dünndarm). An der Papilla duodenalis fühlt man einen haselnußgroßen Tumor. Deshalb Eröffnung des Duodenum durch einen Längsschnitt. Eczision des Tumors derartig, daß die Schleimhaut im Gesunden umschnitten wird, es wird auch die Muscularis mitentfernt, doch die Rückwand des Darmes nicht eröffnet. Die Mündung des Ductus choledochus und pancreaticus wird durch einige Nähte neufixiert. Es sind keine Drüsen fühlbar. In der Nacht Exitus an einer Nachblutung.

Im Anschluß an diesen Fall berichtet Clermont über 32 bislang veröffentlichte Fälle von Tumor der Pap. duod. Die 32 Fälle waren auf beide Geschlechter in gleicher Zahl verteilt. Bei Tumoren der Gallenwege fanden sich gewöhnlich keine Steine. Verf. bespricht dann die verschiedenen Typen der Mündung des Choledochus und des Duct. Wirsungianus und unterscheidet danach ein Carcinom des Choledochus, des Duct. Wirs. und der Ampulle, das am histologischen Bau sich manchmal unterscheiden läßt; der Choledochustumor soll Cylinderepithel haben, der des Pankreasganges viele kubische Zellen. Drüsenmetastasen treten relativ spät auf. Für die Diagnose ist das frühzeitige Auftreten von Ikterus wichtig, der gewöhnlich keinen Schwankungen in der Intensität unterworfen ist. Schmerz, Abmagerung treten erst später hinzu, Erbrechen ist nur selten beobachtet. Die richtige Diagnose ist vor der Operation nie gestellt worden und wird bei der Unsicherheit der Symptome auch stets wohl erst bei der Operation gestellt werden können. Als beste Operationsmethode ist die zweiseitige von Kausch angegebene zu empfehlen, zuerst Anastomose des Gallensystems mit dem Darm, um die Gallenstauung zu beseitigen, in einer zweiten Sitzung die Exstirpation des Tumors. Die Operation gab bis jetzt 50% Mortalität. Kurzer Auszug aus den 32 Krankengeschichten. *Brüning* (Gießen).

Milz:

Mayo, William J., Surgery of the spleen. (Chirurgie der Milz.) Surg., gynecol. a. obstetr. 16, S. 233—239. 1913.

William Mayo beginnt seine Arbeit mit einigen interessanten Ausführungen über die Funktion der Leber und Milz. Diese hat die Aufgabe, aus dem Blute die abgebauten Blutkörperchen zu entfernen und sie durch die Vena portarum der Leber zur weiteren Verarbeitung zuzuführen. Auch bei der Umwandlung des Eisens ist sie beteiligt. Sie ist ein Organ der inneren Sekretion, die abhängt von chemischen Reizen aus dem Blutstrom. Leber und Milz stehen in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis zueinander, indem bei der primären Lebercirrhose die Milz anschwillt und bei primären Milzvergrößerungen die Leber schrumpft (Banti's Krankheit). Die Lebercirrhose wird wahrscheinlich durch Gifte hervorgerufen, die entweder aus dem Pfortaderkreislauf stammen oder von der Milz aus dem allgemeinen Kreislauf filtriert werden. Die Milz dient der Blutbereitung und erzeugt beim Foetus sowohl rote als weiße Blutkörperchen, nach der Geburt wahrscheinlich aber nur noch weiße. Gleichzeitig gewinnt sie die Fähigkeit, alte rote Blutkörperchen zu zerstören. Bakterien und andere Mikroorganismen fängt sie ab, um sie durch die Pfortader der Leber zum Zwecke der Vernichtung zuzuführen. Die exzessive Zerstörung roter Blutkörperchen führt nicht nur zu einer Vergrößerung des Organs, sondern auch zur Anämie (Anaemia splenica). Die Überproduktion von weißen Blutkörperchen stellt zusammen mit der Vergrößerung der Milz das Bild der Leukaemia splenica dar. Da aber dabei auch alle anderen blutbildenden Organe beteiligt sind, nützt die Entfernung der vergrößerten Milz nichts. Die Anaemia splenica, die charakterisiert ist durch Milzvergrößerung und Verminderung des Hämoglobingehaltes, sowie der Zahl und des Wertes der roten Blutkörperchen wird durch die Splenektomie günstig beeinflußt, wie M. in 18 eigenen Fällen feststellen konnte. In 2 Fällen sah M. Milzvergrößerungen 6 und 8 Jahre bestehen ohne irgendwelche Gesundheitsstörung (essentielle Hyperplasie). Sowohl animalische als pflanzliche Parasiten (Tuberkulose, Malaria usw.) können eine Milzvergrößerung herbeiführen, die eine Entfernung des Organes veranlassen. Dasselbe gilt von beweglichen oder wandernden Milzen, die zuweilen mit Stieldrehung kompliziert sind. Die Splenektomie ist in solchen Fällen der Splenopexie vorzuziehen. Milzcysten entstehen — von den parasitären abgesehen — gewöhnlich aus Blutungen in die Kapsel und können ebenso wie die seltenen Sarkome, die oft mit einfachen Hyperplasien verwechselt werden, die Splenektomie erfordern. Es gibt Fälle, wo diese technisch nicht ausführbar ist, z. B. bei Verwachsungen, dann kann man sich mit der partiellen Gefäßunterbindung am Hilus begnügen. Zum Zwecke der Splenektomie macht M. einen Schnitt am Außenrande des linken Rectus vom Rippenbogen abwärts, zieht dann das Organ vor die Wunde, löst hier etwaige Verwachsungen mit dem Magenfundus und dem Kolon und unterbindet dann den Gefäßstil, und zwar nach provisorischer Abklemmung mit einer leicht federnden Klemme, deren Branchen mit Gummischläuchen armiert sind. Den Schluß der Arbeit bildet eine Statistik von 27 Splenektomien mit 2 Todesfällen. *Brentano* (Berlin).

Nebennieren:

Nowicki, W., O stosunku chromaffiny do adrenaliny w nadnerzach. (Über das Verhältnis von chromaffiner Substanz und Adrenalin in den Nebennieren.) Przegl. chir. i ginek. 8, S. 169—194. 1913. (Polnisch.)

Es wird von der Mehrzahl der Autoren angenommen, daß das Adrenalin in den Zellen der Marksubstanz gebildet, aufgespeichert und sezerniert wird. Dieser Vorgang soll in den feochromen Zellen stattfinden. Das Ziel der Versuche des Verf. war, festzustellen, ob die chromaffine Substanz in der Tat mit dem Gehalt an Adrenalin einhergeht, ob also das Fehlen oder ein Übermaß derselben für eine Hypo- oder Hyperfunktion der Nebennieren spricht. Eine Abnahme der chromaffinen Substanz wurde durch lange Chloroformnarkose und beiderseitige

Nephrektomie erzielt; ferner wurden Nebennieren vom verstorbenen Tiere verwendet. Das Organ wurde gemessen, gewogen, in Müllersche Flüssigkeit gebracht und in üblicher Weise weiterbehandelt. Es wurden ferner wässerige Auszüge bereitet, wobei auf 0,1 des Gewichtes der Nebenniere 1 ccm Flüssigkeit entfiel. Die Versuche wurden an 15 Kaninchen gemacht, — nach der Methode von Laeven-Trendelenburg. Jeder Versuch wurde genau protokolliert. Das Ergebnis der Experimente spricht deutlich dafür, daß zwischen der Menge, der Gruppierung, der Pigmentierung der chromaffinen Substanz einerseits und der Wirkung der Auszüge ein deutlicher Zusammenhang besteht. Umgekehrt läßt sich auch nach dem histologischen Verhalten des Chromaffins der Adrenalingehalt der Nebenniere bestimmen. *Wertheim* (Warschau).

Harnorgane:

Legueu, De la valeur clinique et de l'interprétation de la constante dans la chirurgie des reins. (Der klinische Wert und die Deutung der Konstanten in der Nierenchirurgie.) (*Hôp. Necker.*) Progrès méd. **41**, S. 152—154. 1913.

Die von Ambard festgestellte Konstante bezieht sich auf die Harnstoffausscheidung und ist durch folgende Formel veranschaulicht: $K = \frac{Ur}{\sqrt{D \cdot \frac{70}{P}} \cdot \sqrt{\frac{C}{25}}}$, worin Ur den Harnstoffgehalt des Blutes, D die Harnstoffmenge im Urin, 70/P die Gewichtskorrektion (je nach dem Gewichte) des Patienten, C die Harnstoffkonzentration im Urin bedeutet. Gewöhnlich ist U = 0,07. Bei Harnstoffretention im Blut vergrößert sich diese Zahl. Blut und Urin müssen den untersuchten Kranken zur selben Zeit entnommen werden. Legueu hat das Verfahren in 800 Fällen angewendet. Die Bestimmung trägt in manchen Fällen Wichtiges zur Indikationsstellung der Nephrektomie bei. *v. Lichtenberg* (Straßburg).

Stewart, William H., Recent advancement in the Röntgen ray diagnosis of diseases of the genito urinary tract. (Neue Fortschritte in der Röntgendiagnose des Urogenitaltraktus.) Arch. of diagn. **6**, S. 59—61. 1913.

Mit unserem vervollkommneten Röntgeninstrumentarium sind wir in der Lage, uns genaue Bilder von Konkrementen im Urogenitaltraktus zu verschaffen. Bei Steinen in den Nieren gibt die Stereoradiographie allein, bei solchen in den Ureteren dieselbe nach Injektion von Collargol oder nach Einführung des Katheters in den Ureter genauen Aufschluß über ihre Größe und ihren Sitz. Den Aufnahmen muß eine Reinigung des Darmtraktus, am Abend vorher Ricinus, am gleichen Morgen Einläufe, vorangehen. *Hinz* (Berlin).

Cunningham, John H., The influence of the operation of resection of the kidney on the function of the organ. A report of experimental work on rabbits. (Der Einfluß der partiellen Nierenresektion auf die Funktion des Organs.) (*Harvard med. school.*) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 13—16. 1913.

Um den operativen Einfluß auf die Nieren zu studieren, hat Verf. bei Kaninchen die linke Niere transperitoneal exstirpiert und darauf in den Magen Methylenblau injiziert. Die erste spontane Urinentleerung durch die Blase erfolgte danach durchschnittlich in 10—12 Stunden. Nach einigen Tagen wurde nun bei einer Serienreihe an der übriggebliebenen rechten Niere eine Keilincision ausgeführt und die Nierenwunde primär durch Naht geschlossen. Die Methylenblauinjektion wurde wie vorher angeschlossen. Die erste Urinentleerung erfolgte jetzt gewöhnlich erst nach 30 Stunden. Bei anderen Tieren wurde nach Ausführung der Keilexcision bis ins Nierenbecken hinein die Wunde teils mit Gaze, teils mit einem Gummirohr drainiert, die Wunde durch einige Nähte in den Winkeln verkleinert. In diesen Fällen setzte die Urinsekretion schon nach 6—10 Stunden ein. Bei der 18 Stunden post operationem vorgenommenen Tötung dieser Tiere fand sich bei den mit Gaze drainierten Fällen in der Blase gleichfalls Urin, bei den mit Gummirohr drainierten kein Urin. Die Drainage der operierten Niere mit Gummirohr ist somit die günstigste. — Gleichzeitig angestellte Messungen der rechten Nieren vor und nach Exstirpation der

linken ergaben, daß jene bereits in 2—3 Tagen ihre größte kompensatorische Hypertrophie erreichten. *Hinz* (Berlin).

Marie, René, et H. Rouèche, Hémoglobinurie chez un enfant, injections de sérum antidiphtérique, guérison. (Hämoglobinurie bei einem Kind, Injektionen von Antidiphtherieserum. Heilung.) Ann. de méd. et chirurg. infant. Jg. **17**, Nr. 8, S. 240—244. 1913.

Randall, Alexander, The etiology of unilateral renal hematuria. (Die Ätiologie der einseitigen Nierenblutung.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 10—13. 1913.

Außer den bekannten einseitigen Nierenblutungen bei Tuberkulose, Steinbildung, Infarkt oder Neubildung kommen nach den bisherigen Theorien solche noch bei chronischer Nephritis, Hämophilie und Angioneurose vor. Verf. glaubt nun, daß lokale Kongestionen in der Niere, die zur Schädigung des Nierenparenchyms und zur Desquamation der Epithelien führen, die Ursache von Blutungen sein können. Außer bei Nephritis aber finden wir diese auch bei: 1. Verschluß des Urinabflusses; 2. Obstruktion der Blutversorgung; 3. abnormer Gefäßversorgung; 4. Herz-; 5. Lebererkrankungen und 6. Varicenbildung an den Nierenpapillen. — Die Untersuchung hat zu umfassen: 1. die Anamnese; 2. Cystoskopie, zunächst ohne Ureterenkatheterismus, um festzustellen, welche Seite blutet. Wenn bei der ersten Untersuchung die Blutung nicht besteht, ist abzuwarten und die Spiegelung zu wiederholen; 3. Ureterenkatheterismus, erst nach Feststellung der blutenden Seite; 4. Collargolinjektion ins Nierenbecken und Röntgenbild zur Ausschließung einer Hydronephrose oder Ureterknickung; 5. Eventuell ist die Ausspülung des Nierenbeckens mit Adrenalin anzuschließen. Wenn auch dann die Diagnose noch nicht sicher ist, soll die exploratorische Nephrotomie angeschlossen werden. *Hinz* (Berlin).

Desgouttes, L., et R. Olivier, Reins polykystiques. Néphrectomie. Guérison maintenue depuis 4 ans $^1/_2$. (Cystenniere, Nephrektomie, Dauerheilung seit $4^1/_2$ Jahren.) Lyon chirurg. **9,** S. 415—417. 1913.

Bei der 50jährigen Pat. wurde transperitoneal die rechte cystisch entartete Niere entfernt. Den Verff. scheint bemerkenswert, daß die cystische Entartung nur einseitig bestand, daß Blutungen in der Anamnese fehlten und besonders, daß jetzt seit bereits $4^1/_2$ Jahren vollkommene Heilung besteht. *Schmidt* (Würzburg).

Voelcker, F., Beitrag zur Therapie der Uretersteine. Zeitschr. f. urol. Chirurg. **1,** S. 1—16. 1913.

Nach kurzem Hinweis auf die Fortschritte, die in den letzten Jahren in der chirurgischen Behandlung der Uretersteine gemacht sind, bespricht Verf. Ätiologie, Diagnose und Therapie derselben und teilt zwei Fälle mit, in denen er mit Erfolg operierte. Uretersteine entstehen wahrscheinlich nur selten im Ureter selbst, sondern stammen meist aus der betreffenden Niere. Gewöhnlich sind sie eingeklemmt, selten beweglich. Prädilektionsstellen, an denen sie im Ureter stecken bleiben, sind die drei physiologisch engen Stellen: 1. die obere, nahe dem Nierenbecken, 2. die mittlere an der Kreuzung mit den Iliacalgefäßen, 3. die untere in der Nähe der Blase. Die letztere ist die bevorzugteste, und zwar genauer die Stelle, wo der Ureter am Übergang von der sogenannten Pars juxtavesicalis in die Pars intramuralis ein wenig geknickt ist. — Die Diagnose der Uretersteine kann sehr schwierig sein. Schmerzen sind kein zuverlässiges Symptom, da sie bisweilen völlig fehlen. Cystoskopisch ist ein Ödem, eine Vorwölbung oder ein Prolaps der Uretermündung verdächtig. Auch die Chromocystoskopie kann wertvolle Hinweise geben. Eine genauere Diagnose ist jedoch nur mit Hilfe der Röntgenographie möglich. Die Therapie besteht in Extraktion des Steines auf cystoskopischem oder operativem Wege, falls nicht auf allgemeine Maßnahmen hin spontaner Abgang erfolgt. Der endoskopische Weg ist im allgemeinen unsicher. Unter Zuhilfenahme des Nitzeschen Okklusivballonkatheters scheint die Extraktion am häufigsten geglückt zu sein. Von den blutigen Operationsmethoden ist, wenigstens für die oberen Abschnitte des Ureters, die extraperitoneale Freilegung als Methode der Wahl zu bezeichnen. Für die tiefsitzenden Steine kommt bei Frauen der vaginale, bei Männern der perineale und parasakrale Weg in Frage, ev. noch die Sectio alta. Vaginal soll man nur bei palpablem Stein, parasakral nur bei Männern vorgehen. Die transvesicale Ureterotomie ist nur für Steine in der Pars

intramuralis geeignet. Da bei Männern der extraperitoneale Weg für tiefsitzende Steine wegen Enge des Beckens und Straffheit der Muskulatur schwierig ist, empfiehlt Verf. für diese Fälle eine Schnittführung, die er schon früher für die Freilegung der Samenblasen angegeben hat.

Es wird in Höhe des Afters oder vor diesem beginnend ein Schnitt neben der Mittellinie bis etwas über die Basis des Os coccygis herauf geführt, und zwar auf der erkrankten Seite. Durch M. glutaeus maximus, Ligamentum tuberoso-sacrum, M. levator ani und M. coccygeus dringt man in die Tiefe. Nach Durchtrennung des visceralen Blattes der Beckenfascie kann man das Rectum beiseite schieben, so daß die Samenbläschen und Vasa deferentia freiliegen. Um an den Ureter zu gelangen, muß man die Kapsel der betreffenden Seite zuerst hinten inzidieren, die Samenblase nach oben luxieren und schließlich auch die Vorderseite der Kapsel einschneiden, worauf der Ureter in seinem juxtavesicalen Teil zutage liegt. Der Patient wird am zweckmäßigsten in Bauchlage operiert. Ein Fall, den Verf. nach dieser Methode operierte, verlief sehr glatt. Die zur Extraktion eines Steines notwendige Incision am Ureter soll möglichst klein sein, in der Längsrichtung verlaufen und durch feinste einschichtige Naht geschlossen werden. Einlegen eines Dauer-Ureterenkatheters ist nicht zweckmäßig, da Mucosareizung und Entzündungen die Folge sein können. *Dencks* (Neukölln).

Pawloff, A., Über akzessorische Harnleiter. (*Chirurg. Klin. d. kais. milit. med. Akad., St. Petersburg.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **121**, S. 425—446. 1913.

6 Fälle von Verdoppelung der Harnleiter. In einem Fall kommunizierten die verdoppelten Harnleiter beiderseits in der Pars intramuralis durch eine schmale Öffnung miteinander. Fünf weitere Fälle betrafen einseitige Verdoppelungen, völlige Verdoppelung fand sich dreimal vor. Die Krankengeschichten enthalten interessante Einzelheiten, welche im Original nachzulesen sind. Verf. konnte in der Literatur im ganzen 6 Fälle von cystoskopisch diagnostizierter Harnleiterverdoppelung finden (W. Stark, Selig, Klose, U. Unterberg, Nemenow). Auch aus der Literatur ist es zu ersehen, daß die Verdoppelung der Harnleiter schon infolge der konstant vorkommenden Kreuzung der beiden Ureter als ein Moment anzusehen sei, welches zu Erkrankungen der Niere prädisponiert. Die von ihnen hervorgerufenen Erkrankungen werden durch Resektion des affizierten Teiles oder durch Exstirpation der Niere geheilt.

v. Lichtenberg (Straßburg).

Teschemacher, Über Pneumaturie und scheinbares Aufhören der Glykosurie bei blasenkranken Diabetikern. Zeitschr. f. Urol. **7**, S. 197—201. 1913.

Teschemacher beobachtete einen Diabetiker mit einer chronischen Cystitis, der an Pneumaturie litt und bei dem mit einer Verschlimmerung des Blasenkatarrhs der sich sonst gleichhaltende Zuckergehalt jedesmal herunterging oder auch ganz verschwand. Der Zucker scheint also bei gleichzeitiger Cystitis noch in der Blase eine Gärung durchzumachen (Pneumaturie), vielleicht unter der Einwirkung eines zersetzenden Fermentes, welches vom cystitischen Harn produziert wird, um auf diese Weise völlig oder teilweise zu verschwinden. Die Pneumaturie zeigt uns in solchen Fällen an, daß der Zucker die erwähnte Zersetzung erfahren hat, in einiger Zeit aber wieder auftreten kann. *Rubritius* (Prag).

Hottinger, R., Über Cysten der Harnblase. Folia urol. **7**, S. 453—458. 1913.

Cystenbildungen in der Blase sind große Seltenheiten.

Zu den bisher beobachteten 5 Fällen (Brongersma, Burchhardt, Nitze, Bosch, van Houtem) reiht sich als sechster der beschriebene. Seit 8—10 Jahren bestanden zunehmende Miktionsbeschwerden. Cystoskopisch sah man eine kirschgroße mit normaler Schleimhaut bedeckte kugellige Geschwulst der vorderen Blasenwand etwas nach rechts und über der inneren Harnröhrenmündung. Entfernung durch Sectio alta. Mikroskopische Untersuchung erlaubt keinen sicheren Rückschluß auf die Genese, doch ging die Cyste wahrscheinlich von einer entzündlich gereizten Blasendrüse aus. *v. Lichtenberg* (Straßburg).

Lewin, Arthur, Blasengeschwülste bei Arbeitern in Anilinfabriken. Zeitschr. f. Urol. **7**, S. 282—286. 1913.

Seit Rehn im Jahre 1895 die ersten drei Fälle von Blasentumor bei Fuchsinarbeitern veröffentlicht hat, sind 59 derartige Beobachtungen mitgeteilt. Nach Leuenberger handelt es sich um eine viele Jahre dauernde Einwirkung von hydroxylierten aromatischen Amidoverbindungen. Auch lange nach dem Aufhören dieser Einwirkung kann

bei Anilinarbeitern ein Tumor auf dem Boden von präcancerösem Epithel- und Bindegewebsveränderungen entstehen. Neuer Fall von Lewin: Inoperabler Blasentumor bei einem 49jährigen Anilinarbeiter, der 25 Jahre in einer Fabrik tätig war, aber in den letzten 6 Jahren mit der Anilinbereitung nichts zu tun hatte. *Oehlecker* (Hamburg).

Laporte, Les corps étrangers de la vessie et leur traitement. (Die Fremdkörper der Blase und ihre Behandlung.) (*Hôp. Necker.*) Rev. de thérap. **80,** S. 186—192. 1913.

Klinischer Vortrag von Legueu an der Hand der Vorstellung einer Patientin mit Haarnadel in der Blase. L. unterscheidet in der Blase chirurgische Fremdkörper, welche bei Untersuchung oder Behandlung in die Blase gefallen sind, Fremdkörper der Unbewußten, welche von Geisteskranken, Betrunkenen oder Kindern in die Blase gesteckt werden, und Fremdkörper der Wollust, welche bei onanistischen Manipulationen in die Blase gelangen. Die Diagnose der letzteren ist schwer, weil die Patienten ihre Tat zu verheimlichen suchen. Man findet bei jungen Individuen meistens bei Mädchen große fixierte Steine, begleitet von schwerer Cystitis, manchmal auch von Pericystitis. Solche Steine rühren von eingeführten Fremdkörpern her. Handelt es es sich um Haarnadeln, welche noch nicht inkrustiert sind, so kann man sie manchmal auch ohne Cystoskop mit einem einfachen Haken (Schuhknöpfer) entfernen oder mit Hilfe des Luysschen oder des gewöhnlichen Cystoskops. Geht die Entfernung nicht ohne weiteres, oder sind die Fremdkörper schon inkrustiert, so empfiehlt sich die Entfernung mittels des infrasymphysären Blasenschnittes. *v. Lichtenberg* (Straßburg).

Marion, G., De la cystoscopie dans les calculs vésicaux. (Über die Cystoskopie bei Blasensteinen.) Journal d'urol. **3,** S. 311—318. 1913.

Die cystoskopische Untersuchung bringt bei Blasensteinen wichtige Aufschlüsse nicht nur über das Vorhandensein der Steine ihrer Größe, Beschaffenheit, Zahl, Lagerung, sondern auch über den Zustand der Blasenwand. Bei Divertikelblasen ist der Stein wegen Rezidivgefahr stets durch Sectio alta zu entfernen. Nach der Lithotripsie soll die vollkommene Entfernung des Steines durch das Cystoskop kontrolliert werden. Zwölf farbige Figuren, welche cystoskopische Bilder von Blasensteinen darstellen. *v. Lichtenstein* (Straßburg).

Loose, Otto, und Erich Steffen, Über Corpora amylacea im endoskopischen Befunde der hinteren Harnröhre. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 608. 1913.

Bei der sogenannten Urethrorrhoea ex libidine sollen nach Pfister Corpora amylacea in den unteren Harnwegen freiliegend vorkommen. Loose und Steffen konnten in einem einschlägigen Falle diesen Befund endoskopisch bestätigen; sie fanden sowohl auf der crista colliculi als auch dem colliculus und seiner Umgebung selbst die bekannten „Schnupftabakskörnchen", jedoch gelang es ihnen nicht, diese Körnchen auszukratzen und durch mikroskopische Untersuchung ihre Diagnose zu erhärten. Farbentafel. *Posner* (Heidelberg).

Männliche Geschlechtsorgane:

Götzl, Arthur, Die Tuberkulose der Prostata. (*Pathol.-anat. Inst., dtsch. Univ., Prag.*) Folia urol. **7,** S. 399—452. 1913.

Die Tuberkulose der Geschlechtsorgane ist häufiger als die Tuberkulose des Harnapparates. v. Baumgarten hat besonders auf Grund von Tierexperimenten die Lehre aufgestellt, daß die Verbreitung der Tuberkulose sowohl im uropoetischen Systeme wie auch im Genitaltrakt mit dem Sekretstrome geht. Was die Harnwege betrifft, so ist allgemein anerkannt, daß die Tuberkulose descendierend von einer Nierentuberkulose sich ausbreitet. Im Genitalsystem ist nach v. Baumgarten der alleinige Infektionsweg: Nebenhoden — Samenstrang — Samenblase — Prostata. Diese Ansicht wird von vielen Autoren bekämpft. Götzl teilt an der Hand von übersichtlichen Zeichnungen den pathologisch-anatomischen Befund von 8 Fällen einer Tuberkulose des Genitalsystemes mit und fügt 3 Fälle von den 11 Hueterschen Beobachtungen hinzu. Auf Grund seiner Untersuchungen gibt G. von der Pathogenese der Tuberkulose der Prostata folgendes Bild: Die Prostata erkrankt durchweg nur

sekundär. Die Vorsteherdrüse kann auf dem Lymphwege infiziert werden. Hier folgt die Infektion dem Lymphstrome. Bei der Erkrankung der Prostata per contiguitatem wird die Drüse vom Nebenhoden her oder von einer Nieren- (Blasen-)Tuberkulose angesteckt. Was die hämatogene Infektion betrifft, so ist die Prostata eines der vier Zentren des Urogenitalsystems (Niere, Prostata, Nebenhoden, Samenblase). Von irgendeinem Körperherd aus kann eins oder mehrere dieser Zentren hämatogen besiedelt werden. Und so gibt es auch Fälle, wo die Prostata als alleiniges Zentrum zuerst im Urogenitaltractus erkrankt (z. B. sekundär nach einer Lungen- oder Knochenaffektion). Pathologisch-anatomisch verhält sich die Prostatatuberkulose sehr verschieden: Neben hanfkorngroßen Herden finden wir Verkreidung, Verkalkung und schwielige Prozesse. Ulceröse Vorgänge können die ganze Drüse zerstören und zum Durchbruch nach der Blase, Urethra oder Rectum führen. In klinischer Hinsicht ist nach des Verfassers Ansicht vor allem wichtig, daran zu denken, daß die Lehre von v. Baumgarten nicht allgemeine Gültigkeit hat. Denn es gibt einwandsfreie Fälle, wo im Urogenitalsystem die Prostata allein (sekundär) an Tuberkulose erkrankt ist und wo der Prozeß sich von der Prostata in der Richtung nach dem Nebenhoden zu ausbreitet. Bei jeder sehr hartnäckigen und chronischen Urethritis und Prostatitis ist auch an Tuberkulose zu denken. Die Symptome sind verschieden, je nachdem sich der Prozeß nach der Harnröhre oder mehr nach dem Mastdarm ausdehnt. Bei der Untersuchung per rectum fühlt man häufig an den Prostataknoten eckige Stellen neben weichen, eindellbaren Partien. Exprimiertes Prostatasekret ist auf Meerschweinchen zu verimpfen usw. Was die Therapie betrifft, so kommen nur radikale operative Maßnahmen in Frage: perineale Bloßlegung der Prostata nach Zuckerkandl und anderen oder die Voelkersche Methode. (Ausführliche Literaturangaben.) *Oehlecker* (Hamburg).

Posner, Hans L., Beitrag zur Chirurgie der Prostataatrophie. (*Chirurg. Univ.-Klin., Heidelberg.*) Zeitschr. f. Urol. **7**, S. 277—281. 1913.

Es gibt verschiedene ätiologische Momente für die Prostataatrophie und die durch diese bedingten Zustände. Posner konnte bei 4 Fällen jedesmal eine andere Ätiologie feststellen. Neben der entzündlichen und senilen Involution in den beiden ersten Fällen lag bei dem 3. eine Atrophie sui generis und bei dem letzten eine Entwicklungsstörung (Klappenbildung am Blasenhals) vor. Für die Operation ist der suprapubische Schnitt vorzuziehen. *Rubritius* (Prag).

Underhill, Albert J., Intermittent pyuria due to infection of the prostatic utricle. (Intermittierende Pyurie infolge von Infektion des prostatischen Utrikels.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 14, S. 1073. 1913.

Gorse, P., et Swynghedauw, Un procédé nouveau de cure radicale de l'ectopie testiculaire. (Neues Vorgehen zur Radikalbehandlung der Ectopia testis.) Lyon chirurg. **9**, S. 353—366. 1913.

Die Dauerresultate der früheren Methoden sind deshalb so schlecht, weil eine eigentliche Tasche für den Hoden fehlt, namentlich bei doppelseitiger Ektopie und weil durch die Elastizität der Weichteile der Testikel nachträglich in die Höhe getrieben wird, auch wenn er genügend mobilisiert war. Es wird deshalb, um eine gute Tasche zu bilden, zunächst bei Kindern 1 bzw. 2 Glaskugeln, bei Erwachsenen ein Hühnerei aus glasiertem Porzellan in eine künstlich geschaffene Tasche im Scrotum eingenäht. Der Fremdkörper wird gut ertragen, und nach 2 Monaten hat sich um ihn eine derbe fibröse Kapsel gebildet. Nach 2 Monaten wird von dem Leistenhernienschnitt aus der Hoden und Samenstrang freigelegt, alle hemmenden Verwachsungen und Stränge werden durchtrennt, eine etwaige Hernie wird beseitigt, erhalten muß nur werden das sorgfältig freipräparierte Vas deferens und die Art. deferentialis. Auf diese Weise läßt sich fast immer der Hoden genügend mobilisieren. Einschnitt von unten auf den Fremdkörper und Entfernung desselben. Durch einen stumpf von unten nach oben durchgebohrten Kanal wird der Hoden in die neugebildete Tasche nach unten verlagert. Eine Fixation durch Naht in dieser ist nicht nötig. Schichtweiser Schluß der Wunden durch Naht. Neun teilweise doppelseitige Fälle werden mitgeteilt, alle mit gutem unmittelbarem Erfolg. Verff. hoffen, daß die Dauerresultate ebenso sein werden. Das Verfahren macht zwar zwei Eingriffe notwendig, bildet aber ein Scrotum, wo ein solches fehlt, und ist besonders angezeigt bei den schwierigen Fällen doppelseitiger Ektopie. *Magenau* (Stuttgart).

Oliver, Paul, A case of pseudohermaphroditism. (Ein Fall von Pseudohermaphroditismus.) Journal of the Americ. med. assoc. 60, S. 825—826. 1913.

Bei dem 4 Jahre alten, für ein Mädchen gehaltenen Kinde war vor 2 Jahren rechts, vor einem Jahre links eine Schwellung in der Inguinalgegend aufgetreten. Bei der Operation dieser Hernien zeigte es sich, daß es sich um Leistenhoden (mikroskopisch bestätigt) handelte. Clitoris und Penis waren nicht vorhanden, dagegen Labia majora (rudimentäre Skrotalhäften) und Labia minora, Vestibulum und Hymen, über dem die Mündung der Urethra lag. *Stettiner* (Berlin).

Zoarski, Jan, Przyczynek de operacyjnego leczeńia raka prącia. (Zur operativen Behandlung des Peniscarcinoms.) Przegl. chir. i. ginek 8, S. 136 bis 147. 1913. (Polnisch.)

An der Hand von 7 mit Erfolg operierten Fällen entwirft Verf. das klinische Bild des nicht häufigen Leidens. Als ätiologisches Moment wird gemeinhin angeborene Phimose beschuldigt, was für 56,2% der Fälle des Verf. zutrifft. Die Entstehung des Leidens soll durch Unreinlichkeit und anhaltende abnorme Reize begünstigt werden. Als Frühsymptome werden Schmerzen, zumal bei der Erektion, hervorgehoben. Die Geschwulst tritt meist in den peripheren Abschnitten des Gliedes auf. In den meisten Fällen sind auch die inguinalen und tiefen Beckendrüsen ergriffen, was durch Rectalpalpation bestätigt werden kann. Die Operation soll deshalb so radikal, als möglich sein. Auch die Drüsen der Dorsalgegend des Gliedes sollen entfernt werden. Verf. ist gegen die neuerlich empfohlene totale Emaskulation. *Wertheim* (Warschau).

Roucayrol, E., Beitrag zum Studium der Harnröhrenerkrankungen. Zeitschr. f. Urol. 7, S. 181—191. 1913.

Gestützt auf die Beobachtung eines Falles gelangte Roucayrol zu der Auffassung, daß bei der chronischen Urethralgonorrhoe der Gonokokkus ein latentes Stadium durchmachen kann, das durch einige Besonderheiten im kulturellen und tinktoriellen Verhalten (Neigung zu Färbbarkeit nach Gramm) nachweisbar ist, daß im ferneren der Gonokokkus durch andersartige Infektion (Grippe) aus dem latenten Stadium wieder zur akuten Wirksamkeit zurückgeführt werden kann. Die außergenitalen Komplikationen der Gonorrhoe werden von R. als Heilungsmaßregeln des Organismus im Sinne einer Selbstimpfung aufgefaßt. Empfehlung der Vaccinetherapie bei Gonorrhoe. *Leuenberger* (Basel.)

Hübner, Über die akzessorischen Gänge am Penis und ihre gonorrhoische Erkrankung. (*Med. Klin., Marburg.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. 50, Nr. 16, S. 728 bis 729. 1913.

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Slawinski, Z., Zur Technik des beweglichen Stumpfes bei Amputationen. Zentralbl. f. Chirurg. 40, S. 459—460. 1913.

Bezugnehmend auf eine sogenannte kineplastische Amputationsmethode von Vaughetti, die D. Franzesko 1908 im Archiv f. klin. Chir. veröffentlicht hatte, beschreibt Slawinski eine Amputationstechnik am Vorderarm, die die Muskelkraft des Patienten als Kraftmotor für einen beweglichen Stumpf ausnützte. Die Amputation erfolgte wegen einer allen Behandlungsmethoden trotzenden Carpaltuberkulose.

Absetzung auf der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel. Zirkelschnitt mit zwei seitlichen 7—8 cm langen Längsschnitten. In der unteren Hälfte dieser Schnitte wird nur bis auf die Muskeln, in der oberen bis aufs Periost eingegangen. Hier Ablösung der Streck- und Beugemuskulatur des Vorderarmes im Bereiche von 3 cm. An derselben Stelle werden je 3 cm vom Knochen mitsamt Periost reseziert. Die im Stumpf zurückgebliebenen Knochenabschnitte hatten also mit den oberen Abschnitten des Vorderarmes keinen Zusammenhang. Um diese Knochenlücke zu erhalten, wird sie mit Muskelsubstanz ausgefüllt, vom Dorsum her radialseits der Musc. abduct. pollicis longus unter volarer Fixierung und von der Vola zwischen die Ulnastücke der Flex. ulnar. int. mit Fixierung am Dorsum. Im Stumpf Vernähung der Beuger mit den Streckern, dann Fascien- und Hautnaht. Trotz der bestehenden Muskelatrophie wird der Stumpf sehr bald gebeugt und gestreckt. Die Konstruktion einer geeigneten Prothese war aus technischen Gründen noch nicht erfolgt. *Hesse* (Greifswald).

Aievoli, Eriberto, La dolorabilità, la tumefazione e la limitazione funzionale negli infortuni sul lavoro (arto superiore). (Die Schmerzhaftigkeit, die

Schwellung und die funktionelle Beschränkung der Arbeitsfähigkeit bei den Unfallversicherten [oberes Glied].) Giorn. internaz. delle scienze med. 35, S. 241—269. 1913.

Bei Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit der wegen Unfalls versicherten Arbeiter ist der Untersucher leicht geneigt, eine Übertreibung resp. Simulation anzunehmen, wenn von dem Unfallverletzten andauernd über einen Schmerz geklagt wird, für den objektive Anhaltspunkte nicht zu finden sind. Nach des Verf. Ansicht liegt dieses daran, daß uns die Biologie des Schmerzes nicht vertraut genug ist. Ähnlich wie beim ermüdeten Muskel werden auch bei dem durch ein Trauma immobilisierten Muskel die schädlichen Stoffwechselprodukte nicht eliminiert, auch erzeugt der traumatisch getroffene Muskel mehr Zucker. Beides läßt sich objektiv nicht erkennen, kann aber andererseits andauernde posttraumatische Schmerzen erklären. Außerdem können im verletzten Muskel kleine, nicht nachweisbare, durch zerrissene Muskelbündel entstandene Narben zurückbleiben, endlich findet oft eine späte Infiltration mit Lymphflüssigkeit des Muskels statt, welche Gewebsveränderungen hervorruft (traumatisches Ödem). Die Veränderungen, welche der immobilisierte Muskel physisch wie chemisch erleidet, haben große Ähnlichkeit mit denjenigen des ermüdeten Muskels. Um ferner ein Urteil über die Funktionstörung eines verletzten Muskels abgeben zu können, muß der Untersucher genau die funktionellen Begrenzungen der einzelnen Gelenke kennen. Diese letzteren werden vom Verf. eingehend besprochen. *Herhold* (Hannover).

Obere Gliedmaßen:

Voeckler, Th., Diagnose und Therapie der Frakturen in der Nähe des Ellbogengelenks. (*Magdeburger Krankenanst. Altstadt.*) Med. Klin. 9, S. 441—444 u. 489—492. 1913.

Die praktisch wichtigste Fraktur ist die suprakondyläre Fraktur des Oberarmes, die als Extensions- und Flexionsfraktur vorkommt; letztere ist bedeutend seltener. Die suprakondyläre Fraktur läßt sich aus der Stellung der Achse des Oberarmes, der normalen Lage des Olecranons, des Condylus lat. und medialis leicht diagnostizieren. Sie ist die Fraktur der Jugend und entsteht durch Fall auf die ausgestreckte Hand oder auf den gebeugten Ellenbogen. Bei Fällen ohne Dislokation ist der Nachweis des Bruchschmerzes nötig. Die Behandlung besteht in Reposition mit oder ohne Narkose und Verband in stark gebeugter Stellung des Ellenbogengelenkes auf einer Kramerschiene, oder aber es kommt die Extensionsmethode mit Heusnerschen Verband (Mullbinde und Klebemasse) in Frage, wodurch die Verschiebung durch Querzug am Oberarm nach hinten und am Vorderarm bei rechtwinkeliger Stellung des Armes in der Richtung nach unten zwecks Ausgleichung der Verkürzung behoben werden muß. Nach 2—3 Wochen wird mit aktiven und passiven Bewegungen begonnen, die der Arzt selbst überwachen und nicht den Eltern überlassen soll. Der Bruch des Condylus externus macht sich durch einseitige Anschwellung des Gelenkes, durch Druckschmerz an dieser Stelle und Verschiebung des Condylus und endlich durch Cubitus valgus kenntlich. Bei dieser Fraktur ist die Symmetrie der 3 obenerwähnten Punkte, Olecranon, Condylus ext. und int. gestört. Die Therapie besteht in Anlegung einer Kramerschiene in rechtwinkeliger Stellung des Armes nach vorheriger Reposition. Ist starke Dislokation vorhanden, dann empfiehlt sich der Streckverband. Ist der abgesprengte Condylus gar um 90 und mehr Grad gedreht, dann muß er durch Nagel oder Draht an seiner alten Stelle fixiert werden. Der Abriß des Epicondylus internus ist leicht zu diagnostizieren. Fixierung des Armes auf 8—14 Tage ist das beste. Das Olecranon bricht meist durch Einwirkung direkter Gewalt und wird das abgerissene Stück durch den Musc. triceps nach oben gezogen. Der Arm muß in Streckstellung verbunden werden, um die Fragmente aneinander zu nähern. Heftpflasterstreifen quer das obere Fragment umfassend und bogenförmig nach unten rechts und links auslaufend, unterstützen diese Arbeit. Der Bruch des Radiusköpfchens ist manchmal schwierig zu diagnostizieren. Hier wird uns die schmerzhafte Pro- und Supination bei aufgelegter Hand an der Frakturstelle die Diagnose sichern. Hierbei ist Verband in rechtwinkeliger Beugestellung auf Kramerschiene angezeigt. Im allgemeinen soll man bei Kindern den Verband 14 Tage, bei Erwachsenen 3 Wochen liegen lassen. Die aktiven Übungen lassen sich zu Hause recht gut ausführen. Die Prognose ist gut, und man ist manchmal trotz bedeutender Callusbildung, die anfangs mechanisch störend wirkt, über das gute Endresultat überrascht. *Vorschütz* (Köln).

Schultz, Franz, Endergebnisse bei der Behandlung der Radiusbrüche. Diss. Erlangen. 1913. 34 S. (Jacob.)

Verf. hat 50 in der chirurgischen Poliklinik zu Erlangen behandelte Radiusfrakturen nachuntersuchen können. Die Behandlung bestand bei geringer Dislokation in Anlegen eines Pappschienenverbandes, bei stärkerer Verschiebung in Anwendung eines Gipsverbandes. Die Hand wird dabei in Flexion, Pronation und ulnare Abduktion

gestellt. Der Verband bleibt 14 Tage liegen. In keinem Falle waren stärkere funktionelle Störungen oder Beschwerden zu verzeichnen. Nur 5 Fälle zeigten geringe pathologische Veränderungen und funktionelle Störungen; es handelte sich zumeist um alte Leute. 9 Patienten wiesen eine geringe Deformität auf, hatten aber nicht die geringsten Beschwerden oder Bewegungshinderungen. 36 mal endlich fand sich eine vollständige anatomische und klinische Heilung. Das weibliche Geschlecht war mit 31,3%, das männliche mit 68,7 vertreten. Das 2. und 6. Lebensdezennium war am häufigsten befallen; die Jugend wegen ihres leichtsinnigen Kletterns und Turnens, das Alter wegen seiner größeren Knochenbrüchigkeit. Unter den 50 Fällen befand sich keine komplizierte Fraktur. *Brüning* (Gießen).

Mosti, Renato, Le lussazioni del carpo. (Handluxationen.) (*Osp. Vespucci.*) Gaz. degli osp. e delle clin. **34,** S. 407—409. 1913.

Verf. bespricht die Anatomie des Handgelenks und den Entstehungsmechanismus der Luxationen. Aus den Zusammenstellungen in der Literatur ist ersichtlich, daß Handgelenksverrenkungen gewöhnlich durch indirekte Gewalt entstehen. Am häufigsten sieht man die Verrenkung zwischen Vorderarm und Handwurzel, wobei die Hand nach dem Dorsum abgewichen ist. Entstehung durch Fall auf die gebeugte Hand. Beim Fall auf die überstreckte Hand tritt viel häufiger eine typische Radiusfraktur ein als eine Luxation. Mitteilung zweier Fälle.

1. Fall aus 5 m Höhe auf die ausgestreckten Hände und zwar rechts auf die überstreckte Hand, links auf die gebeugte. Es fand sich rechts typische Radiusfraktur, links eine Handluxation nach vorn. Handbewegungen sind nur etwas eingeschränkt. Beiderseits immobilisierender Verband für 3 Wochen. Vollständige Heilung. 2. Fall in der Dunkelheit auf unebenem Terrain auf die rechte Hand, während das Gewicht des Körpers auf den Handrücken drückte. Es entstand eine Verrenkung im Carporadialgelenk nach hinten. Die Bewegungen der Hand waren vollständig aufgehoben. Die Gelenkenden waren deutlich durchzufühlen. Vollständige Heilung.

Verf. macht darauf aufmerksam, daß bei den Luxationen nach vorn man auf den vorspringenden Vorderarmknochen drücken kann, der dann verschwindet, aber beim Nachlassen des Druckes wie eine Klaviertaste wieder emporschnellt. *Brüning* (Gießen).

Untere Gliedmaßen:

Rocher, L., Le signe de la clef dans la coxalgie au début. (Das Schlüsselsymptom bei beginnender Coxitis.) Ann. de méd et chirurg. infant. **17,** S. 197—198. 1913.

An dem in Rückenlage liegenden Patienten wird bei gestreckten Beinen der Fuß mit der rechten Hand erfaßt; ruckartige Drehbewegungen nach innen und außen orientieren über die Beweglichkeit des Hüftgelenkes und gestatten eine exakte Lokalisierung bestehender Schmerzen. Beginnende Fälle von Hüftgelenktuberkulose werden sicher erkannt.
Frangenheim (Leipzig.)

Dietschy, Rudolf, Ein Fall von Oberschenkelmamilla beim Manne. (*Sanat. Allerheiligen* [*Kant. Solothurn*].) Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte **43,** S. 366—368. 1913.

Bei einem 20 jährigen Phthisiker findet sich an der Innenseite des linken Oberschenkels im oberen Drittel eine typische Mamilla, umgeben von einem Kranz feiner Drüsenporen, ähnlich den Montgomeryschen Drüsen. Drüsenkörper unterhalb der Mamilla nicht nachweisbar. Keine ähnlichen Vorkommnisse in der Familie. *Carl* (Königsberg).

Méry, H., H. Salin et A. Wilborts, Deux cas d'hémophilie familiale. Arthrite hémophilique, simulant l'ostéomyélite. Communication à la société de pédiatrie. (2 Fälle von familiärer Hämophilie. Hämophile Genlenkentzündung, eine Osteomyelitis vortäuschend. Mitteilung in der pädiatrischen Gesellschaft: 12. April.) Ann. de méd. et chirurg. infant, **19,** S. 212—217. 1913.

2 Fälle familiärer Hämophilie: Ein subperiostaler Bluterguß in das Kniegelenk hatte sowohl seinem Verlaufe nach als auch nach dem objektiven Befunde große Ähnlichkeit mit Osteomyelitis. Die Blutuntersuchung schützte vor einer Verwechselung. Nach ganz leichten Bewegungen erneute Blutung in das Gelenk, die durch subcutane Einspritzung von Antidiphtherieserum nicht zum Stehen kam, vielleicht wurde dieselbe günstig beeinflußt durch frisches Pferdeserum, das ebenfalls subcutan injiziert

wurde. Im 2. Fall Epistaxis. Eine im Verlauf eintretende schwere Darmblutung wurde durch Antidiphtherieserum ebenfalls nicht beeinflußt. Letzteres erscheint somit therapeutisch unwirksam. Experimentelle an die Fälle anschließende Untersuchungen zeigten zunächst, daß es sich bei der Hämophilie nicht um eine Substanz im Blut handelt, die die Coagulation verhindert — substanzes anticoagulantes — sondern daß ein Mangel an Thromben bildenden Substanzen vorhanden ist. Verf. glauben, daß Einspritzung von frischem Pferdeserum helfen kann, was durch weitere Untersuchung allerdings erst zu bestätigen wäre. Sonst empfiehlt es sich nach dem Vorschlage von Nobécourt und Tixier kleine Dosen von Pepton zu injizieren und zwar wiederholt, um allgemeine und lokale Schädigungen des Organismus zu vermeiden. *Coste* (Magdeburg).

Mayer, Leo, Congenital anterior subluxation of the knee. Description of a new specimen, summary of the pathology of the deformity and discussion of its treatment. (Angeborene Subluxation der Tibia nach vorne. Beschreibung eines Falles [Präparat]; Pathologie und Behandlung dieser Deformität.) (*Pathol. inst., univ., München.*) Americ. journal of orthop. surg. **10,** S. 411 bis 437. 1913.

Bisher sind 20 Obduktionsbefunde und 10 operierte Fälle publiziert worden. Mayer beschreibt ausführlich ein Präparat des Münchener pathologisch-anatomischen Institutes und faßt die anatomischen Erscheinungen des Leidens zusammen. Subluxation der Tibia nach der Streckseite und proximal. Die Extensoren (Quadriceps) sowie die vorderen Kapselpartien verkürzt. Insertion der Beuger häufig nach vorn disloziert, so daß sie zu Streckern des Unterschenkels werden. Ansatz des Gastrocnemius distal von den Femur-Condylen verlagert. Patella nach aufwärts verschoben. Vordere Anteile der Femur-Condylen abgeflacht von der Beugeseite und unten, nach der Streckseite und oben verlaufend, die Facies patellaris teilweise oder ganz durch die Artikulationsfläche für die Tibia verdrängt. Manchmal Anteversion der Femurepiphyse im Sinne einer Überstreckung. Die Ätiologie des Leidens ist nicht vollständig klargelegt. Die Behandlung soll möglichst früh mit Repositionsversuchen einsetzen, eventuell in Narkose. Gelingen die Versuche, ist so lange Schienenverband-Behandlung indiziert, bis das Knie auch freigelassen in Beugestellung verharrt. Sonst blutige Repositior. Das Hindernis für eine solche wird durch eine Verlängerung des Quadriceps und Incision der vorderen Kapselpartien beseitigt. Momente, welche eine Reluxation begünstigen, sind zu beseitigen. Darunter ist besonders die abnorme Anheftung der Gastrocnemiusköpfe zu korrigieren, da die normale Lage derselben die Hyperextension verhindern. *Wittek* (Graz).

Moszkowicz, L., Diagnostik und Therapie bei Gangraena pedis. (*Rudolfinerhaus, Wien-Döbling.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 507—508. 1913.

Zur Erzielung der nach vorübergehender Blutleere auftretenden Hyperämie der Haut, die vom Verf. als Methode zur Erkennung der Höhe des Arterienverschlusses bei Gangraena pedis empfohlen ist, ist Abschnürung mit Gummibinde, die mitunter sehr schmerzhaft empfunden wird, nicht unbedingt notwendig. Hochhalten des kranken Beines für 1—2 Minuten und darauffolgendes Niederlegen genügt in den meisten Fällen. Auf diese Weise läßt sich auch jener Wechsel von Durchblutung erzielen, den Borchardt mit seinem Wechselbade anstrebt. Jede Form von Hyperämie ist diagnostisch wie therapeutisch verwendbar. Wahrscheinlich beruht auch die Besserung nach der Wietingschen Anastomose auf Stauungswirkung. Bei Erzeugung der Hyperämie durch Wärmezufuhr Vorsicht wegen Gefahr der Verbrennung, da schlecht durchblutete Extremitäten gegen Wärmezufuhr empfindlicher sind als normale. *Kohl* (Berlin).

Gebhardt, Zwei Fälle von Doppelmißbildungen der Zehen. (*Orthop. Univ.-Poliklin., München.*) Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurg. Bd. **12,** H. 1/2. S. 97—98. 1913.

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete

Band I, Heft 14 S. 665—712

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Elgart, Jaroslav, Nové methody a pokusy transplantace. (Neue Methoden und Versuche der Transplantation.) Čas. lék. česk. **52**, S. 367—368. 1913. (Tschechisch.)

I. Interposition von Fascie nach Neurektomie. 45jähriger Mann, bei dem 3 Jahre vorher anderorts eine Neurektomie des Infraorbitalis mit Erfolg ausgeführt wurde. Da gegenwärtig die Neuralgie den Sitz im Ramus zygomatico-temporalis und zygomatico-facialis hat, Ästen, welche behufs Verhütung der neuerlichen Verwachsung weder einer ausgiebigen Dislokation, noch einer Umbiegung des resezierten Endes zentralwärts zugänglich sind, wurde beim temporalen Aste der Versuch unternommen, nach Lösung der Muskulatur und des Periosts außen an der Orbita ein Stück der Fasc. lata femoris von 4 mal 4 cm unter das Periost zu versenken und hierauf beim facialen Aste eine zweites Fascienstück von 5 mal 6 cm am unteren äußeren Rande der Orbita und des Jochbeins so interponiert, daß die eine Hälfte über der Muskulatur unter den oberen Rand der Haut, die zweite unter den unteren Muskelrand zu liegen kam. Heilung p. p. Am Tage nach der Operation noch ein, seit 4 Monaten kein Anfall mehr. Elgart empfiehlt diese einfache Methode für alle peripheren Neurektomien, da einerseits die Fasc. lata femoris durch Anastomose ihrer geringen Zahl von Nervenfasern kaum ein Rezidiv befürchten lasse, andererseits selbst genug fest sei, um eine Durchwachsung der sich regenerierenden Nervenfasern zuzulassen. — II. Versuch von Transplantation eines behaarten Stückes am Kopfe. Ausgehend von der Anschauung, daß vielleicht die Verwendung von Material aus der embryonalen oder dieser wenigstens nahe gelegenen Periode einen günstigeren Erfolg erzielen könnte, unternahm E. den Versuch einer ausgedehnten Transplantation von einem Falle einer Meningo-encephalocele occipitalis auf ein durch Maschinengewalt skalpiertes Mädchen. Die Haut wurde vom behaarten Teile einer exstirpierten überkopfgroßen Encephalocele eines 3 Tage alten Kindes entnommen, der große Lappen auf die von Granulationen befreite skalpierte rechte Kopfhälfte durch einige Nähte fixiert. Täglicher Verband mit physiologischer Kochsalzlösung. Vollständiges Absterben des Lappens. E. glaubt, daß vielleicht der noch im Stadium einer erhöhten Leuko- und Phagocytose befindliche lebhaft granulierende Boden schuld war, daß der Erfolg mißlang. — III. Transplantation des großen Netzes auf die Uterusnaht. Der Versuch des extraperitonealen Kaiserschnitts bei einer Zweitgebärenden mit absolut verengtem Becken, die 24 Stunden nach Abgang der Wässer fiebernd eingeliefert wurde, zeigte sich wegen wiederholten Einrisses des Peritoneums unmöglich; daher transperitoneale Entbindung eines lebenden Kindes. Naht, Auswaschung der Bauchhöhle mit etwa 25 l physiologischer Kochsalzlösung. Überlagerung und Fixation des herbeigezogenen großen Netzes über die Uterusnaht. Tod am 7. Tage an Peritonitis. Nach Anschauung E.s wäre die wirkliche Transplantation des Omentums, d. i. die Resektion desselben und Inplantation vielleicht der einfachen aber unsicheren Übernähung des Netzes in continuo vorzuziehen gewesen, worauf E. namentlich die Gynäkologen aufmerksam machen will. *Pietrzikowski* (Prag).

Levaditi, C., et St. Mutermilch, Action de la ricine sur la vie et la multiplication des cellules in vitro. (Einfluß von Ricin auf das Leben und die Vermehrung von Zellen in vitro.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol. **74**, S. 611—613. 1913.

Danis, Robert, Sur la valeur pratique de la canule d'Elsberg, comparée à celle de la suture bout à bout des vaisseaux dans la transfusion du sang. (Über den praktischen Wert der Kanüle von Elsberg bei der Blutransfusion im Vergleich zur direkten Gefäßnaht.) Journal de chirurg. **13** et ann. de la soc. belge de chirurg. **21**, S. 38—40. 1913.

Die Anwendung der Kanüle gestaltet die Gefäßverbindung zwar technisch einfacher und zeitlich kürzer ($^1/_4$ so lang), aber die Verengerung des Gefäßlumens ist durch die Kanüle so beträchtlich, daß in der Zeiteinheit nur der vierte Teil des Blutes wie bei direkter Gefäßnaht durchtritt. Deshalb wird für den technisch geschulten Chirurgen nur die direkte Gefäßnaht empfohlen. *Kalb* (Stettin).

Kittsteiner, C., Weitere Beiträge zur Physiologie der Schweißdrüsen und des Schweißes. (*Hyg. Inst., Univ. Würzburg.*) Arch. f. Hyg. Bd. **78,** H. 7/8, S. 275—326. 1913.

Jansen, Murk, On the length of muscle-fibres and its meaning in physiology and pathology. (Über die Länge von Muskelfasern und deren Bedeutung für Physiologie und Pathologie.) Journal of anat. a. physiol. Bd. 47, S. 319—320. 1913.

Die Länge der Fasern eines Muskels ist nach Jansens Untersuchungen indirekt proportional zu der von dem Muskel geleisteten Kraft i. e. zu der hierzu notwendigen Zahl von Muskelfasern. Die Muskeln selbst werden eingeteilt in schwache, starke und sehr kräftige. Die ersteren haben vom Ursprung bis zum Ansatz durchlaufende Fasern. (Beispiel: Kurzer Kopf des M. biceps fem. mit 14 cm Faserlänge). Die zweite Gruppe besitzt einen durch Sehnengewebe erweiterten Ansatz. (Beispiel: Langer Kopf des M. biceps fem. mit 7 cm Faserlänge.) Die letzte Gruppe bilden die doppeltgefiederten Muskeln. (Beispiel: Rectus fem. mit 6,5 cm Faserlänge.) Bei spastischen Contracturen verkürzen sich die langfaserigen Muskeln stärker als die kurzfaserigen; sie haben auch, um stärkeren Antagonisten das Gleichgewicht halten zu können, einen erhöhten Tonus; deshalb schwinden ihre Reflexe bei narkotisierten Tieren später und erscheinen beim Aufwachen früher wieder. *Zieglwallner* (München).

Duhot, E., R. Pierret et E. Verhaeghe, Névrites périphériques par ischémie. (Ischämische, periphere Neuritiden.) Encéphale 8, S. 137—149. 1913.

Die Nervenentzündungen nach Blutleere sind eine Folge lokaler Gefäßalterationen und stehen zwischen den Entzündungen infolge einer isolierten, direkten Erkrankung des Nervenstammes und denen bei Allgemeinerkrankungen. Es gibt 2 Gruppen: 1. Akute Prozesse, welche anatomisch-parenchymatöser Natur sind und sich bei Gefäßembolien, schnell verlaufenden Thrombosen, nach Unterbindungen oder arteriellen Hämatomen, schließlich nach Abbindung einer Extremität (Volkmannsche Krankheit) finden; 2. kennt man chronisch verlaufende Affektionen, bei welchen sich sowohl parenchymatöse wie interstitielle Degenerationserscheinungen finden, und die speziell im Gefolge der progressiven, obliterierenden Arteriitis vorkommen. *Teichmann.*[x]

Nordentoft, Severin, und Jacob Nordentoft, Et Tilfälde af progressiv suppurativ Chondrit i Tilslutning til Operation for afkapslet ulcus ventriculi perforatum. (Über einen Fall von progressiver suppurativer Chondritis in Anschluß an eine Operation wegen eines abgekapselten Ulcus ventriculi perforatum.) Hospitalstidende 6, Nr. 14, S. 361. 1913. (Dänisch.)

Verf. teilt einen Fall von suppurativer Knorpelentzündung mit. Der Fall zeigte dieselben eigentümlichen Verhältnisse wie die früher von Martina, Röpke und Axhausen beschriebenen Fälle: Tendenz zur Progression bis aller Knorpel abgestoßen worden ist. In diesem Falle gelang es den Verf., die Knorpelnekrose durch Übernähung der freien Knorpelenden mit Muskelsubstanz nach Axhausen zu begrenzen. Heilung. Der Fall ist außerdem dadurch bemerkenswert, daß eine nicht unbedeutend reaktive Proliferation der Knorpelzellen nachgewiesen wurde. *Permin* (Kopenhagen).

Wetherill, H. G., The growth, the death and the regeneration of bone. (Das Wachstum, der Tod und die Regeneration des Knochens.) Journal of the Americ. med. assoc. 60, S. 983—990. 1913.

Abhandlung darüber, ob und wieweit die Lehre Macewens von der Stellung des Periostes zur Knochenneubildung gültig ist oder nicht und welche Konsequenzen sich daraus für das chirurgische Denken und Handeln ergeben. Macewen vertritt bekanntlich die Ansicht, das Periost sei nur eine Grenzmembran des Knochens gegen die umgebenden Weichteile; eine osteogenetische Eigenschaft komme ihm nicht zu; ein transplantierter Bolzen z. B. bilde nicht per se neuen Knochen, sondern sei nur „osteokonduktiv". Die Knochenneubildung bei Osteomyelitis sei so zu erklären, daß durch den Reiz der zunächst im Mark angesiedelten Infektion die Knochenzellen ihre ursprünglichen osteoplastischen Eigenschaften wieder bekämen, rasch proliferierten und durch den zentrifugalen Blutstrom (!) durch die Haversschen Kanälchen in das subperiostale Maschenwerk geführt würden, bevor die Nekrose den Knochen ergriffen habe. Hier bildeten sie dann die Neuauflagerungen um den Sequester. Verf. schildert den Verlauf von 2 Fällen und erläutert ihn auch an Photographien, von denen er glaubt, sie sprächen für die Wahrscheinlichkeit der Anschauung Macewens. Der eine ist eine Totalnekrose der Fibula mit völliger Regeneration, der andere eine Bolzung, bei der der autoplastisch transplantierte periostlose Bolzen einheilte. *Lobenhoffer* (Erlangen).

McCollum, E. P., Emergency surgery. (Notoperationen.) Internat. journal of surg. **26**, S. 61. 1913.

Houssay, B. A., Über die Kombination von Adrenalin und Hypophysin und deren klinische Verwendbarkeit. Wien. klin. Wochenschr. **26**, S. 489—492. 1913.

Das Adrenalin bewirkt eine augenblickliche, aber flüchtige Hypertension und Verstärkung der Herztätigkeit. Es folgt ihr eine Hypotension. Im Gegensatz hierzu hat das Hypophysenextrakt eine bedeutend länger anhaltende Wirkung. Die Hypertension und Verstärkung der Herztätigkeit ist geringer als beim Adrenalin; dafür ist es viel ungiftiger. Houssay sieht in der Kombination beider Mittel einen Vorteil darin, daß die intensive Wirkung des Adrenalins auf Herz und Gefäße sich vereinigt mit der protrahierten Wirkung des Hypophysins auf diese Organe. Als günstiges Mischungsverhältnis bezeichnet er 4—5 Tropfen 1 promill. Adrenalinlösung mit 1 ccm des „aktiven Bestandteiles der Hypophyse" oder der 20proz. Verdünnung eines anderen Bestandteiles des Hinterlappens. Diese Lösung empfiehlt er intravenös bei Shock und Kollaps. Die Kombination ruft eine stärkere und länger andauernde lokale Ischämie hervor als Adrenalin allein. H. empfiehlt diese Kombination bei der Lokalanästhesie zu versuchen. *Hirschel* (Heidelberg).

● **Leers, Otto, Gerichtsärztliche Untersuchungen, ein Leitfaden für Mediziner und Juristen.** Berlin, Springer 1913. XV, 162 S. M. 4,—.

Kurzes Repetitorium der gerichtlichen Medizin mit Ausnahme der Psychiatrie. Gesetzesparagraphen, Gang der Untersuchung, Wertung der gefundenen Merkmale werden in übersichtlicher Schlagwortmanier durchgenommen, Maß- und Gewichtsangaben usw. beigefügt. *Grashey* (München).

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Belin, Marcel, Des rapports existant entre l'anaphylaxie et l'immunité. (Beziehungen zwischen Anaphylaxie und Immunität.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc. Bd. **156**, Nr. 16, S. 1260—1262. 1913.

Allen, Lewis W., Acute osteomyelitis and its complications. (Akute Osteomyelitis und ihre Komplikationen.) Americ. journal of surg. **27**, S. 50—55. 1913.

Allen bespricht die Histologie des Knochens in bezug auf die entzündlichen Prozesse, geht auf die Ätiologie, Pathologie, Symptome, Diagnose und Behandlung der akuten Osteomyelitis der langen Röhrenknochen über, wobei er auf die Bedeutsamkeit der Epiphysenlinie hinweist, und teilt einige Fälle mit, bei denen unter Incisionen, Trepanation des Knochens und späterer Nekrotomie der Prozeß zur Ausheilung kam, ohne daß trotz teilweiser Zerstörung der Epiphysenlinie das Längenwachstum des Knochens gestört wurde. *Creite* (Göttingen).

Sabouraud, R., Les streptococcies épidermiques. (Die Streptokokkenerkrankungen der Haut.) Paris méd. S. 313—319. 1913.

Sabouraud, der ausgezeichnete Bakteriologe, bespricht die verschiedenen, von Streptokokken herrührenden Hauterkrankungen in klarer Form. Bezüglich der Therapie derselben verweist er hauptsächlich auch auf die Anwendung von Jodtinktur in verdünnter Form, wie sie zur Hautdesinfektion in der operativen Chirurgie in neuerer Zeit mit so gutem Erfolg verwandt wird. *Linser* (Tübingen).

Cabot, Richard C., The lymphocytosis of infection. (Lymphocytose bei septischer Infektion.) Americ. journal of the med. sciences **145**, S. 335—339. 1913.

Die Mehrzahl der akuten Infektionen geht mit Vermehrung der polynucleären Leukocyten einher. Gelegentlich zeigen derartige Erkrankungen jedoch eine Lymphocytose. Verf. teilt vier derartige Beobachtungen aus seiner Praxis mit: einen Fall von Lymphangitis und Lymphadenitis, einen solchen von Furunkulose, einen dritten mit akuten Lymphomen des Halses und der Axilla nach Angina streptococcica und einen vierten mit ebenfalls septischen Lymphdrüsenschwellungen, bei welchen sämtlich die relative Lymphocytenzahl 60—70% erreichte. Bei den letzteren beiden Fällen hätte man ohne Kenntnis der Anamnese auch an lymphatische Leukämie denken können. *Hartert* (Tübingen).

Chir.Kong. **Thies, Behandlung akuter chirurgischer Infektionen mit rhythmischer Stauung.** Auf Grund physiologischer Überlegungen empfiehlt Thies bei akuten Entzündungen anstatt nach der Empfehlung Biers ununterbrochen über den größten Teil des Tages zu stauen, eine häufig unterbrochene Stauung, etwa der Art, daß 1—2 Minuten gestaut, ebenso lange die Stauung ausgesetzt wird, wiederum eine Stauphase einsetzt usw. Diese „rhythmische" Stauung erzielt er mit einem Apparat, der unter Zugrundelegung des Perthesschen Dauerstauapparates konstruiert ist. Mit ihm läßt sich ein beliebiger Rhythmus in der Stauung erzielen. Die Methode hat folgende Vorzüge vor der Dauerstauung: Man kann die rhythmische Stauung ohne längere Unterbrechung über viele Tage hin anwenden. Es bildet sich auch bei intensiver langdauernder Stauung kein so starkes Ödem, daß die Entstehung der Hyperämie beeinträchtigt wird, wie dieses bei der gleichmäßigen Dauerstauung der Fall ist. Die gestaute Extremität bleibt stets warm. Die Endothelzellen der Capillaren werden offenbar geschont, da sie immer wieder mit frischem Blut in Berührung kommen. Sie sind daher ihrer Aufgabe, die Toxine zu binden, mehr gewachsen. Es tritt kein „Stauungsfieber" auf, das man sonst nach Lösung der Staubinde wohl beobachtet. Man kann die rhythmische Stauung auch bei Patienten anwenden, bei denen Sensibilitätsstörungen bestehen. Auch kleine Kinder können ununterbrochen über viele Tage gestaut werden. Die rhythmische Stauung hat sich in einer Reihe von Fällen akuter Entzündung gut bewährt. Selbstbericht.

Chir.Kong. **Vorschütz, Behandlung septischer Prozesse durch Darreichung von Alkalien.** Die Darreichung der Alkalien bei septischen Prozessen, auf Grund der im Körper auftretenden Säuren und der physiologischen Wirkung der Alkalien wurde seit Jahren in der chirurgischen Klinik von Herrn Geheimrat Tilmann vorgenommen, indem bei schweren Eiterungen mit septischem Charakter hohe alkalische Dosen verabreicht wurden, 10—20 g bei Erwachsenen, 5—10 g bei Kindern. Um im Experimente die Anschauung am lebenden Tiere zu beweisen, welche von Ehrlich an Serumplatten schon im Jahre 1890 auf Grund seiner Experimente ausgesprochen wurde, daß die bactericide Kraft des Blutes abhängig sei von seinen Salzen, wurde das Blut von Kaninchen angesäuert und dann eine bestimmte Menge Ricin eingespritzt. Hierbei zeigte sich, — es wurden 50 ccm einer 1/10 Normalsalzsäurelösung eingeführt — daß das so angesäuerte Blut nicht imstande war, dieselbe Menge Gifte zu binden, als das normale Blut. Wenn man durch entsprechende Menge Alkali die Ansäuerung behob, blieben die Tiere am Leben. Die günstigen Erfolge der Alkalien beruhen: 1. auf ihrer katalytischen Wirkung, 2. auf Wasserzurückhaltung im Gewebe (Turgescenz, Ödem), 3. auf ihrer Nierenwirkung, indem eine starke Vermehrung des Urins auftritt, 4. auf der starken Sekretion der Drüsen, die für den Verdauungstraktus einen größeren Appetit bedeuten, 5. in der Erhöhung des Blutdruckes. Selbstbericht.

Lewenstern, E., Przypadek zakażènia ustroju ludzkiego przez ziarenkowca czworaczego. (Infektion durch Micrococcus tetragenus beim Menschen.) Przegl. chir. i ginek. 8, S. 238—251. 1913. (Polnisch.)

Der 27jährige Kranke bemerkte eine anfangs schmerzlose Schwellung der Leistendrüsen, welcher abendliche Schüttelfröste vorangegangen waren. Die Schwellung ist inzidiert worden, es entleerte sich etwas Eiter, doch besserte sich der Zustand nicht. Verf. fand beim blassen Pat. eine Schwellung der linken Leistendrüsen, die kleine Operationswunde trocken, in der Tiefe der Höhle eine graue Drüse. Keine Verletzung der Beine. Keine venerische Infektion. Es wurde die Wunde erweitert und zwei Drüsen entfernt. Tamponade. Keine Besserung. Die Blutuntersuchung sowie die Untersuchung des Eiters ergab Micrococcus tetragenus. Daraufhin radikale Entfernung aller infiltrierten Gewebe und Drüsen bis auf die tiefe Fascie. Der Erfolg des Eingriffes war in bezug auf Temperatur und Wundheilung ein negativer, worauf eine Autovaccine nach Wright, intravenöse Sublimatinjektionen und Kollargol per rectum verwendet wurden. Nachdem diese Therapie 2 Wochen lang erfolglos fortgesetzt wurde, ging man zur Arsentherapie über. Nach 2 Monaten langsame Heilung.

Die Fälle sind selten, die Literatur des Gegenstandes spärlich. Verf. gibt aus derselben auszugsweise 11 Krankengeschichten wieder und schildert das klinische Bild

dieser Infektion. Seine Schlüsse sind folgende. Der Micrococcus tetrag. vermag ohne Zutun anderer Bakterien eine außerordentlich chronische Blutinfektion herbeizuführen, welche mit einer 38,5° nicht übersteigenden Temperatur einhergeht. Die dabei auftretende Infektion der Drüsen ist atonisch, wenig schmerzhaft, die Eiterung gering. Die Wundheilung ist langsam, die Granulationen torpid. Der Erfolg einer lokalen und allgemeinen Therapie ist zweifelhaft. Neben relativ gutartigen Fällen kommen auch solche mit tödlichem Ausgang vor. *Wertheim* (Warschau).

Burnet, Ét., Streptothricée dans une adénopathie cervicale. (Streptothrix in erkrankten Halsdrüsen.) (*Laborat. de M. Metchnikoff.*) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. **74**, Nr. 12, S. 674—675. 1913.

Unter 23 als Halsdrüsentuberkulose angesprochenen Fällen konnte Verf. einmal Streptothrix in Reinkultur züchten. Es handelte sich um eine solitär erkrankte Drüse, die stark vergrößert war, makroskopisch carcinomähnlich aussah und mikroskopisch nur Hyperplasie und einzelne epitheloidähnliche Zellen aufwies. Der Pilz ging auf verschiedenen Nährboden auf und erwies sich leicht nach Gram färbbar. Tierpathogen war er nicht; im übrigen scheint er dem Typus Eppinger nahezustehen. *Kreuter* (Erlangen).

Taylor, Kenneth, Sporotrichum Schenckii. (*Dep. of pathol. a. bakteriol., univ. of Minnesota.*) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 15, S. 1142—1145. 1913.

Reichel, Heinrich, and Viktor Gegenbauer, Infectivity and disinfection of anthrax in skins and hides. (Ansteckungsfähigkeit und Vernichtung des Milzbrand in Fellen und Häuten.) Journal of state med. Bd. **21**, Nr. 4, S. 193—202. 1913.

Schaf- und Ziegenfelle sind die Hauptträger der Milzbrandsporen, die sich jedoch nur bakteriologisch nachweisen lassen. Die Verbreitung des Anthrax in der Außenwelt scheint ganz enorm zu sein. Daß er den Menschen so relativ selten befällt, beweist die geringe Empfänglichkeit für die Infektion. Als Desinfektionsmittel für das tote Material wird ein HCl-NaCl-Gemisch bei erhöhter Temperatur empfohlen. *Kreuter* (Erlangen).

Kirch, Eugen, Über experimentelle Pseudotuberkulose durch eine Varietät des Bacillus Paratyphi B. (*Inst. f. Hyg. u. exp. Therap., Marburg a. L.*) Arch. f. Hyg. Bd. **78**, H. 7/8, S. 327—383. 1913.

Djedoff, W. P., Die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Phosphacid nach Romanowsky. Ärzte-Zeitung **20**, S. 433—435. 1913. (Russisch.)

Autor hat 5 Fälle von Lymphadenitis des Halses mit Phosphacid behandelt. In 2 Fällen handelte es sich um beginnende Prozesse, in 1 Fall waren die Drüsen bereits vereitert, in 2 Fällen bestanden Fisteln. 4 Fälle wurden zunächst operativ und meist auch mit Calotscher Emulsion behandelt, jedoch ohne Erfolg. Nach Behandlung mit Phosphacid trat in allen Fällen Heilung oder bedeutende Besserung ein. Nicht verkäste Drüsen kehrten vollkommen zur Norm zurück. Drüsen, welche bereits verkäst waren, wurden kleiner, schmerzlos und nahmen die Form einer Cyste mit wenig virulentem Inhalt an. Fisteln schlossen sich. Das Allgemeinbefinden der Patienten sowie der Appetit besserten sich bedeutend, ferner trat in allen Fällen Gewichtszunahme ein. Ferner hat Autor einen Fall von Knochentuberkulose mit Phosphacid behandelt. In diesem Fall wurde ein großer Senkungsabsceß am Rücken zunächst operativ behandelt, worauf im ganzen 36 Phosphacidinjektionen gemacht wurden. Nach fünfmonatlicher Behandlung trat vollkommene Heilung ein. — Autor empfiehlt dringend das Phosphacid wenn irgend möglich schon vor der Einleitung der chirurgischen Behandlung anzuwenden. *v. Holst* (Moskau).

Dubois, Raphael, Sur le traitement de la tuberculose par les microorganismes marins. (Über die Behandlung der Tuberkulose mit Kaltblüterbacillen.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc. **156**, S. 911. 1913.

In der letzten Zeit hat die von Friedmann inaugurierte Vaccination

mit lebenden von der Schildkröte stammenden Tuberkelbacillen viel Aufsehen erregt. Verf. teilt mit, daß er schon 1900 tuberkulöse Meerschweinchen mit einem aus Perlmuscheln isolierten Stamm geimpft und damit Heilerfolge erzielt habe. Auf den Gedanken, mit diesen Bacillen zu vaccinieren, sei er deshalb gekommen, weil dieselben in der Muschel offenbar bei der Perlenbildung einen verkalkenden Einfluß ausgeübt hätten (!). Weitere Forschungen mit diesem Stamm sowie mit Schildkrötenbacillen behält sich Verf. vor. *Ströbel* (Erlangen).

Geschwülste:

Apolant, H., Über die Beziehungen der Milz zur aktiven Geschwulstimmunität. (*Kgl. Inst. f. exp. Therap., Frankfurt a. M.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig. **17**, S. 219—232. 1913.

Die Milz besitzt, wie oft festgestellt wurde, eine besonders hohe immunisatorische Kraft. Verf. versuchte nun experimentell durch Ausschaltung der Milz nachzuweisen, inwieweit dieses Organ an dem Zustandekommen der sogenannten aktiven Geschwulstimmunität oder besser der Resistenzerhöhung des Organismus gegen eine Impfung mit Geschwulstmaterial beteiligt ist. Tumormäuse, denen die Milz exstirpiert war, wurden nach einiger Zeit mit Spontantumor oder Embryonenbrei immunisiert und später geimpft. Es zeigte sich, daß das Zustandekommen einer aktiven Resistenz des Körpers gegen das Angehen geimpfter Geschwulstzellen tatsächlich durch die Milzexstirpation verhindert oder zum mindesten erheblich erschwert werden kann. Weitgehende Schlüsse aus den Beziehungen dieser Untersuchungsergebnisse zu den von anderer Seite beobachteten Heilwirkungen glaubt Verf. noch nicht ziehen zu dürfen, da weder die Natur der aktiven Geschwulstimmunität noch das Wesen dieser Heilwirkungen genügend geklärt ist. *Stammler.*

Little, Herman C., A spectacular case of lipomyxoma. (Ein bemerkenswerter Fall von Lipomyxom.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 899. 1913.

24jähriger Chinese, bei dem sich im Lauf von 10 Jahren von der linken Hals- und Gesichtsseite ausgehend, ein 30 Pfund schwerer, im größten Durchmesser 39 cm messender Tumor entwickelt hatte. Operation, Heilung. Makroskopische Diagnose: Lipomyxoma. 3 Abbildungen. *Jüngling* (Tübingen).

Vega, R. de, Un caso de lipoma péndulo. (Ein Fall von Lipoma pendulum.) Gaceta médica del Sur de España **31**, H. 8 u. 9. 1913. (Spanisch.)

Szerszyński, Bronisław, Z Kazuistyki Śródbłoniaków. (Zur Kasuistik der Endotheliome.) Przeglad chir. i gin. Bd. **8**, S. 209—224. 1913. (Polnisch.)

Fall 1. Eine seit 3 Monaten rasch wachsende Geschwulst der Parotisgegend. Dieselbe liegt in der Tiefe der Ohrspeicheldrüse. Mikroskopisch überwiegt ein an ovalen, polygonalen in kleine Herde gruppierten zellenreiches Gewebe. Hie und da sieht man, daß die Herde und Zellstreifen aus dem wuchernden Endothel der Lymphspalten stammen. Fall 2. Eine taubeneigroße Geschwulst des weichen Gaumens. Enucleation in Lokalanästhesie. Mikroskopisch: ein faseriges, zellarmes Substrat und Zellherde aus kleinen Rundzellen. Das Endothel der Lymphräume wuchert. Fall 3. Mandarinengroße Geschwulst der Retromandibulargrube. Paralyse des Gesichtsnerven. Entfernung der Geschwulst. Nach einem Jahre Rezidiv in der Narbe, Röntgenbehandlung. Entfernung des Rezidivtumors. Dann noch zweimal Excision der Rezidivknoten in der Gegend des linken Kiefergelenkes. Die Untersuchung der primären Geschwulst ergibt faseriges Bindegewebe mit unregelmäßig verstreuten Zellherden. Die Zellen sind oval, rundlich und liegen in mit Endothel ausgekleideten Räumen. Die Untersuchung der Recidivknoten ergibt wesentlich denselben Bau. Fall 4. Eine glatte Geschwulst in dem linken Hypochondrium. Die Geschwulst geht von der Niere aus und ist mit dem Dickdarm verwachsen. Dissemination am Bauchfell. Tod nach der Operation. Das mikroskopische Bild erinnert an Sarkom. Fall 5. Eine nicht heilende Ulceration am Daumen. Probeexcission ergibt sarkomatösen Charakter. Nach 2 Wochen Entfernung einer Metastase der Achselhöhle. Kurz darauf Metastasen am Halse und Tod an Entkräftung. Metastasen der inneren Organe.

Im Anschluß an die Krankengeschichten wird die Histogenese und das klinische Bild entworfen. Die Geschwülste kommen am häufigsten in den Speicheldrüsen vor, und zwar besonders in der Parotis. Charakteristisch für die Endo-

theliome ist der langsame Verlauf und der Mangel inniger Verwachsungen mit der Umgebung. Rezidive treten manchmal sehr spät auf, müssen aber nicht immer bösartig sein. In einer Reihe von Fällen ist der Verlauf von vornherein bösartig. Histologisch sieht man beim Lymphangioendotheliom im Bindegewebe Zellenstreifen, welche an Lymphräume erinnern, welche mit Zellen ausgefüllt sind. Manche Bilder erinnern an Krebs. Die Hämangioendotheliome zeigen ein Netz erweiterter Capillaren, deren Lumen mit Endothelien gefüllt ist. *Wertheim* (Warschau).

Dieballa, Géza v., und Béla Entz, Leukämieähnliches Blutbild im Anschluß an eine bösartige Geschwulst. (*St. Stephanspit., Budapest.*) Folia haematol. Arch. **15**, S. 59—71. 1913.

Folgende Beobachtung führte zu einer Revision der herrschenden Ansicht, daß die Leukocytose bei malignen Tumoren durch Toxine, die auf das Knochenmark einen Reiz ausüben, bedingt ist, starke Leukocytose aber mit Vermehrung der Myelocyten durch Knochenmetastasen der Geschwulst.

Ein 15jähriges Mädchen mit großem Sarkom der Pleura zeigte eine Vermehrung der Leukocyten (107000) und insbesondere der Myelocyten (10%) wie sie ausschließich bei Leukämie, höchstselten bei einer Leukocytose vorkommt. Bei der Autopsie zeigte sich, daß das Knochenmark der Röhrenknochen zum größten Teile in Fettmark verwandelt war, nur ganz unbedeutende Knochenmetastasen wurden gefunden.

Daher glauben Verf., daß das Vorhandensein von Myelocyten nicht nur eine Folge von Knochenmarkmetastasen ist, sondern auch durch die biologische Reaktion des Knochenmarks auf Geschwulsttoxine bewirkt wird. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Manges, Morris, The disappearance of sugar after the removal of tumors in diabetics. (Das Verschwinden des Zuckers bei Diabetikern nach Entfernung von Tumoren.) Journal of the Americ. med. ass. **60**, S. 661—662. 1913.

Bei zwei Diabetikern mit hochgradiger Zuckerausscheidung und Acidose mußte aus dringender Indikation Protatektomie ausgeführt werden. Bei dem einen verschwand Zucker und Acidose vollständig nach der Operation, bei dem anderen nur die Acidose, doch wurde die Glykosurie bedeutend geringer. Die Ursache dieser Erscheinung ist unbekannt, vielleicht durch die Ausschaltung eines nervösen oder toxischen Reizes auf den Kohlehydratstoffwechsel erklärt. Die Beobachtungen sollen uns zu einem kühneren Vorgehen bei mit Tumoren behafteten Diabetikern veranlassen.

Mendelsohn (Straßburg i. E.).

Touche, Du sélénium colloïdal dans le traitement du cancer. (Kolloidales Selenium bei der Krebsbehandlung.) (*Soc. méd. des hôp. de Paris.*) Prov. méd. **26**, S. 131. 1913.

Verf. hat 27 inoperable Carcinome mit Injektionen von koll. Selenium behandelt. Einen günstigen Einfluß konnte er vor allem beim Rectum- und Uteruscarcinom konstatieren. Die Jauchung und Blutung wurde stark beeinflußt, Drüsenschwellungen gehen zurück. Als Palliativmittel bestens zu empfehlen. *Ströbel* (Erlangen).

Verletzungen:

Lofton, Lucian, Major railroad surgery — the applegate emergency chest. (Größere Eisenbahn-Chirurgie. Der vorschriftsmäßige Verbandskasten.) Internat. journal of surg. **26**, S. 64—66, 1913.

Caforio, Luigi, Sulla patogenesi della morte tardiva in seguito ad ustioni. Contributo alla teoria dello shock anafilattico. (Über die Pathogenese der Spättodesfälle nach Verbrennungen.) (*Ia. clin. chirurg., univ. Napoli.*) Nuova riv. clin.-terap. **16**, S. 122—138. 1913.

Verf. führte, angeregt durch die Feststellungen Heydes, daß beim Verbrennungstod anaphylaktische Erscheinungen mitspielen, Versuche an Meerschweinchen aus, da diese Tiere für die Sensibilisationsforschung am geeignetsten sind. Verf. kommt zu dem Schluß, daß eine Verbrennung oder eine intraperitoneale Injektion von Serum eines gebrannten Versuchstieres beim Versuchsobjekt eine starke Empfänglichkeit für eine zweite an sich durchaus nicht schwere Verbrennung oder für eine spätere Injektion von Serum eines gebrannten Tieres

herbeiführe. Diese Wirkung spricht er als Erscheinungen aktiver oder passiver Anaphylaxie an. Diese Resultate stimmen mit denen Heydes überein und erklären späte, plötzlich auftretende Krankheitserscheinungen bei Verbrennungen. Außerdem bringen sie die Pathogenese des späteren Verbrennungstodes beim Fehlen bedeutender anatomischer Läsionen in Einklang mit der modernen Pathologie. *Burk* (Stuttgart).

Wohlwill, Fr., Zum Kapitel der posttraumatischen Psychosen. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Halle.*) Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwes. **20**, S. 73—85. 1913.

Während die Begutachtung der nach Kopfverletzung auftretenden Psychosen sich dann einfach gestaltet, wenn die akute Geistesstörung bald nach dem Trauma zum Vorschein kommt, wird sie viel schwieriger im sekundären Stadium, wenn sich die schweren Krankheitserscheinungen erst nach längerem Intervall allmählich zeigen. Der Zusammenhang zwischen Trauma und Psychose läßt sich dann manchmal auf Grund eines der bisher seltenen Sektionsbefunde feststellen. Ausführliche Mitteilung eines solchen Falles (Todesursache: eitrige Parotitis); aus dem Obduktionsergebnis hervorzuheben: Keine Schädelfraktur, Meningen diffus getrübt und verdickt, am ersten Schläfelappen mehrere größere Erweichungsherde, mikroskopisch auch in verschiedenen anderen Rindenpartien Residuen kleiner Encephalomalacien. *Fieber* (Wien).

Kriegschirurgie:

Chir.Kong.

Coenen, Wichtige Kriegsverletzungen.

Er demonstriert Diapositive, die er zusammen mit Thom - Breslau während des Balkankrieges auf Grund eigener Beobachtungen in Athen gesammelt hat. Die gewebszerstörende Wirkung der Infantriekugel erkennt man an der scharfen Begrenzung der Schußöffnungen in den Weichteilen und an der narbigen Einziehung, die die Haut bei Haarseilschüssen erleidet. Die Weichteilschüsse am Oberarm sind nicht selten von Lähmungen der Nerven (N. musculocutaneus, radialis, medianus) begleitet. Ein Patient hatte von einem Sprenggeschoß 6 Schüsse am rechten Arm erhalten und eine komplette Musculocutaneus- und Radialislähmung. Die Handschüsse mit kleinem volaren Einschuß und sternförmigem Ausschuß am Handrücken und Zerschmetterung der Mittelhandknochen sind typisch. Bei den Gelenkschüssen fehlen oft alle Erscheinungen, es treten aber auch fungusartige Schwellungen auf. Im Gegensatz zu dem kleinkalibrigen Mausergeschoß ist die knochenzerstörende Wirkung der dicken Martinikugel viel erheblicher, so daß der Knochen in großer Ausdehnung splittert und der Gedanke an Dumdumgeschoß aufkommen kann. Schwere Erfrierungen an den Füßen kamen bei der Belagerung von Janina vor, so daß ganze Teile der Füße sich gangränös demarkierten. Schüsse durch den Stirnhirn- und Gesichtsschädel machten oft gar keine Erscheinungen, dagegen traten bei solchen durch das Hinterhaupt meist hemianoptische Störungen in den Vordergrund. Die Rumpfschüsse, die den Thorax und die Bauchorgane in langen Schußkanälen durchsetzten, heilten glatt. Typisch sind Durchschießungen eines Armes mit Fraktur und des Thorax. Dies erklärt sich aus der Haltung des Körpers bei der Anschlagstellung. In der Tibia, Scapula, Radius, Calcaneus wurden einfache Lochschüsse beobachtet. Aneurysmen wurden in der A. radialis, brachialis, tibialis postica und zweimal an den Vasa femoralia gesehen. Bei einem hochgelegenen arteriovenösen Aneurysma am Oberschenkel wurde nach der Exstirpation der Arteria und Vena femoralis der Defekt durch die implantierte V. saphena mit Erfolg überbrückt (23. II. 1913). Rinnenschüsse der Röhrenknochen und solche, bei denen die Kugel im Mark stecken geblieben ist, können die Symptome einer Osteomyelitis machen. Die infratrochanteren und supracondylären Schußfrakturen des Oberschenkels sind häufig. Zum Schluß wurden thebanische Knochen aus der Schlacht bei Chäronea (Nationalmuseum in Athen) demonstriert, an denen man noch die Spuren der mazedonischen Waffen deutlich erkennen kann.

Selbstbericht.

Chir.Kong.

Colmers, Über die Wirkung des Spitzgeschosses.

Colmers erörtert auf Grund seiner im Balkankriege gemachten Erfahrungen die Wirkung des Spitzgeschosses bei den verschiedenen Verletzungsmöglichkeiten

und vergleicht dieselbe mit der Wirkung des ogivalen Geschosses. Er kommt zu folgenden Ergebnissen: Durch das S.-Geschoß gesetzte penetrirende Wunden unterscheiden sich im wesentlichen nicht von den durch andere gleichkalibrige Mantelgeschosse hervorgerufenen Schußwunden; der Einschuß ist auffallend klein, der Ausschuß findet sich bei ihnen meist etwas größer als der Einschuß. — Die Neigung des S.-Geschosses, im Widerstande den Schwerpunkt nach vorn zu werfen, d. h. sich um seine quere Achse zu drehen, gibt ihm einen größeren Aktionsradius im Verlaufe des Schußkanales und scheint Einfluß zu haben auf das häufige Zustandekommen von Gefäß- und Nervenverletzungen. — Aus demselben Grunde kommt es bei Schußfrakturen häufig zu Steckschüssen, bei denen das Geschoß Deformationen erleiden kann. Wenn ein Teil derselben auch auf Querschlägen beruhen mag, die beim S.-Geschoß häufiger sind als bei den ogivalen Geschossen, so kommt diese Deformation doch nachweislich auch bei Ersttreffern vor. Sie kommt zustande durch verschiedene, gleichzeitig auf das Geschoß einwirkende Kräfte in dem Augenblicke, in dem das Geschoß den Knochen trifft (Drall, Stauchung, Verwerfen des Schwerpunktes, lebendige Kraft, Härtegrad des getroffenen Knochens); von wesentlichem Einfluß ist dabei der Winkel, unter dem das Geschoß auf den Knochen auftrifft. (Demonstration verschiedener deformierter Geschosse). — Bei den tangentialen Schädelschüssen ist durchwegs eine erhebliche Splitterung und ein vergrößerter Knochenausschuß vorhanden, der die Infektionsgefahr erhöht. (Demonstration von aus dem Gehirn extrahierten Splittern bei einer Anzahl von tangentialen Schüssen). — C. kommt zu dem Schlusse, daß die Verwundungsfähigkeit des S.-Geschosses zum mindesten die gleiche wie die des ogivalen Geschosses ist, wenn man sie infolge der auch in mittleren Entfernungen häufig auftretenden Steckschüsse mit Querschlägerwirkung auf den Knochen nicht als größer bezeichnen will. Selbstbericht.

Franz, Zur Wirkung der Spitzgeschosse. Chir.Kong.

Das häufigere Steckenbleiben der S.-Geschosse muß nicht unbedingt auf die Eigenart des S.-Geschosses zurückgeführt werden. Ricochettschüsse sind sehr häufig, und sie werden um so häufiger, je schlechter eine Truppe schießt. Von den Türken ist bekannt, daß sie zum Teil das Gewehr, mit dem sie schossen, nur wenig aus praktischer Erfahrung kannten. Wenn von Franzosen durch Schießplatzversuche festgestellt wurde, daß etwa 30% der Treffer mit ihrem Spitzgeschoß (der D balle) Aufschläger waren, so dürfte die Anzahl bei den Türken weit größer gewesen sein. Und es ist von praktischer Wichtigkeit, daß durch Aufschläger erzeugte Einschüsse sich in nichts von einem direkt auftreffenden Geschoß zu unterscheiden brauchen. Selbstbericht.

Goebel, Chirurgische Erfahrung der Tripolis-Expedition des Deutschen Roten Kreuzes. Chir.Kong.

Es werden seltenere Weichteil-, Knochen- und Gelenkschüsse besprochen. Im allgemeinen ist die Einzelwirkung des italienischen Kleinkalibers (6,5 mm) eine mäßige. Querschüsse des Halses und Gesichts heilen gut, Gelenkschüsse ebenfalls. Eiterungen der Gelenke wurden möglichst exspektativ behandelt. Neu sind die Aeroplanbombenverletzungen, die sich durch Multiplizität, vorwiegendes Befallensein der unteren Extremität und des Stammes und Verlauf des Wundkanals distal-proximalwärts auszeichnen. Sie sind teils durch die Bombensplitter, meist aber durch die Schrapnellkugeln, mit denen die Bomben gefüllt sind, hervorgerufen. Schwere Vereiterungen sowohl dieser als anderer Verletzungen schlossen sich an Polypragmasie von anderer Seite (Kugelsuchen, allzu häufige Verbände) an. Die Wirkung des austrocknenden Klimas, das dem von Südwest fast gleicht, zeigte sich in den trotz jener nicht indizierten Eingriffe relativ häufigen Heilungen. Auch Schrapnellschüsse heilten relativ oft primär. — Die Erfahrungen mit der modernen Wundbehandlung und Antisepsis waren gute. Die Emanzipation vom Wasser (Desinfektion mit Alkohol bzw. Jodtinktur, Verband mit v. Oettingschem Mastisol, Lokalanästhesie mit Novocain-Suprareninlösungen in zugeschmolzenen Ampullen, weniger mittels aufzulösender Tabletten) bewährte sich sehr. Zur Allgemeinnarkose wird Chloroform empfohlen. Es gab allerdings eine Chloroformsynkope bei einem durch Typhus geschwächten Herzen. Interessant waren chirurgische Komplikationen des Typhus: Parotis, Absceß an Stirn und Fingern, Empyeme, appendicitischer Absceß, Gangraena cruris und Gangrän der Zehen. Selbstbericht.

● **Schjerning, Thöle und Voss, Die Schußverletzungen. 2. Aufl., bearb. v. Franz und Oertel. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Erg. Bd. 7, Arch. u. Atlas d. norm. u. pathol. Anat. in typ. Röntgenbild.** Hamburg, Gräfe u. Sillem. 1913. XII u. 192 S., 74 Abbildungen im Text, 43 Taf. M. 50.—.

Ein grundlegendes, zuverlässiges Werk, das durch Berücksichtigung der neuesten Erfahrungen auf der Höhe der Zeit steht und unentbehrlich für jeden ist, der sich mit Kriegschirurgie beschäftigt. Auch der dem deutsch-südwestafrikanischen Feldzuge 1904/05 entstammende, noch nicht veröffentlichte Stoff des Reichskolonialamtes ist verwertet. Nachdem Wert, Art und Grenzen des Kriegsröntgenverfahrens erörtert sind, werden die Handfeuerwaffen einschließlich der Handgranaten, die Maschinengewehre und die Geschütze, ferner ihre Geschosse, endlich deren Wirkung im allgemeinen und auf die einzelnen Körpergewebe und -organe besprochen. Die Abmessungen und die Gewichte der Geschosse sowie ihr äußeres und inneres Aussehen sind vergleichsweise zusammengestellt. In den fortlaufenden Wortlaut eingeflochten sind zahlreiche Bilder von Feldröntgenvorrichtungen, auch der Feldröntgenwagen des deutschen Heeres sowie durchschossener Körperteile, vorwiegend der Knochen. Diese Abbildungen sowie die auf 39 Tafeln vorzüglich wiedergegebenen und mit Erklärungen versehenen 140 Röntgenbilder entstammen Schussverletzungen aller Art, die zum Teil vom Lebenden, zum Teil bei Leichenversuchen gewonnen wurden. In die Darstellung sind außerdem ein Überblick über die Entwicklung der Kriegschirurgie im 19. Jahrhundert, der einzelnen Teile des Röntgenrüstzeuges, über die Herstellung von Röntgenbildern und Bestimmung der Fremdkörperlage, über die Entwicklung der Feuerwaffen, ferner die Verlustzahlen durch Tod und Verwundung in den einzelnen Kriegen, endlich vielseitige Quellenhinweise eingefügt. Es liegt also nicht nur ein Röntgenatlas, sondern ein erschöpfendes Lehrbuch der Geschoßkunde für Kriegs- und Friedenschirurgen vor. *Georg Schmidt* (Berlin).

Sorge, Behandlung und Versorgung der Brust- und Bauchschüsse im Felde. Militärarzt Jg. **47,** N. 7, S. 103—109. 1913.

Sorge lobt den Mastixverband und die Jodisierung frischer Wunden, geht dann auf die Verletzungen der einzelnen Organe in der Brust- und Bauchhöhle ein und bekennt sich als Anhänger strenger konservativer Therapie: aseptische Wundversorgung, Ruhigstellung, Morphium, Analeptica, Kochsalzinfusionen mit Adrenalinzusatz bei schwerem Blutverlust nach Blutstillung, strengster Abstinenz bei Bauchverletzungen. Granatsplitter, Kleiderfetzen sollen bei Blutverletzungen wegen Empyemgefahr entfernt, Hämopericard mittels Messer, Hämatothorax mittels Punktion — nie von der Schußwunde aus — entleert werden, wenn nach Schwinden des Shocks bedrohliche Zustände vorliegen. Zwerchfellverletzungen erfordern chirurgisches Handeln nur, wenn Einklemmungserscheinungen bestehen, Bauchverletzungen, wenn bei Zerstörung der Bauchdecken in größerem Umfange Eingeweide wahrscheinlich verletzt oder prolabierte eingeklemmt sind oder wenn kleine Verletzungen vorliegen, die infolge Anwesenheit von Fremdkörpern (Holz-Lanzensplitter) nicht spontan heilen können. Eine weitere Indikation — nur für Berufschirurgen — sieht S. in einer stetig zunehmenden inneren Blutung. Er empfiehlt erneut den Vorschlag Hildebrandts, Bauchverletzte zusammenzulagern, um ihre Diät genau zu überwachen. *Simon* (Breisach).

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Delajenière, H., Anestesia general con circulación reducida ó exclusión de los cuatro miembros en la anestesia general. (Die allgemeine Anästhesie mit verkleinertem Kreislauf oder Ausschaltung der vier Extremitäten bei der allgemeinen Anästhesie.) La Clinica moderna **11,** S. 236, 241, 1912 u. **12,** S. 41—52, 1913. (Spanisch.)

Verf. hat die in dem Titel der Arbeit genannte Methode in 1114 Fällen von Chloroform und 35 von Äthernarkose bis zum 1. Mai 1911 verwendet. In einer ausführlichen Arbeit bespricht Delajenière ihre Vor- und Nachteile auf Grund der in seinen Fällen gemachten Beobachtungen. Was die Technik anbetrifft, müssen die Binden schnell angelegt werden, damit mit der Narkose möglichst bald danach angefangen werden kann, denn schon nach wenigen Minuten klagen die Kranken über unangenehme Emp-

findungen an den betreffenden Stellen. Die Glieder, welche umschnürt werden sollen, müssen mit Blut überfüllt sein, weshalb Verf. ein kurzes Tieflegen der Extremität vor Anbringen der Binde empfiehlt. Wenn die Abschnürung keine vollständige war und sich eine venöse Stauung einstellt, treten nach Abnahme der Binden kleine intracutane Blutungen auf, die jedoch, ohne Reste zu hinterlassen, nach kurzer Zeit völlig verschwinden. Bei der Besprechung der Einflüsse, die der verkleinerte Kreislauf auf den gesamten Organismus ausübt, hebt Verf. als wichtig folgendes hervor: Die Respiration ist beschleunigter und oberflächlicher. D. hat in seinen Fällen durchschnittlich 30—39 Atemzüge in der Minute konstatiert. Die Polypnoe geht zu rück in dem Augenblick, in dem man eine Binde abnimmt, um erst zur Norm zurückzukehren, wenn alle Binden entfernt sind. Der Puls bleibt unverändert, der Blutdruck senkt sich um 2—3 cm. Die Narkose tritt viel schneller ein als bei der gewöhnlichen Anwendungsweise; die bis zum tiefen Schlaf nötige Zeit beträgt im Durchschnitt 5 Minuten gegen 9 bei der üblichen Anästhesie. Besonders zeigt sich dieser Vorteil bei der Narkotisierung von schweren Alkoholikern; bei diesen ist zuweilen das Exitationsstadium ungewöhnlich heftig, jedoch sehr kurz. Verf. hebt den außerordentlich ruhigen Schlaf hervor. Die zur Narkose nötigen Mengen von Narkoticum sind bis 50% geringer, ebenfalls ist der Kranke nach Ablauf der Operation und Entfernung der Binden viel schneller, ja zuweilen momentan wach. Den größten Vorteil des Verfahrens sieht Verf. darin, daß die nach der Chloroformnarkose oft auftretenden organischen Störungen bei dieser Methode fast immer ausbleiben. Erbrechen tritt seltener auf, es erfolgt auch in viel kleineren Mengen; die nach Chloroformnarkose in 1% der Fälle beobachtete Gelbsucht wurde bei der Narkose mit verkleinertem Kreislauf in 0 bis 0,57% gesehen. Die postoperative Albuminurie fehlt praktisch nach Narkosen mit Ausschaltung der Extremitäten völlig. D. konnte wiederholt die bedeutenden Vorzüge der Methode bei Kollapsen feststellen; es genügte das Loslösen einer oder zweier Binden, um den Zufall zu beheben. Abgesehen von der Verdünnung des mit Narkoticum übersättigten Blutes spielt nach des Verf. Ansicht der Reiz des mit Kohlensäure überladenen Blutes der Extremitäten auf das verlängerte Mark eine sehr große Rolle. Die anderseits beobachteten Thrombophlebitiden hat D. in nur 4 Fällen gesehen; 3 davon waren gynäkologische Operationen, bei denen Verf. als Ursache dafür den Druck der Beinstützenränder auf die erweiterte Vena poplitea betrachtet. Die zwei von D. beobachteten Todesfälle sind dem Verfahren nicht zur Last zu legen, denn es handelte sich um von vornherein aufgegebene Patienten. Für strikte Kontraindikationen hält Verf. schwere Myocarditiden, dann überstandene Phlebitiden, dagegen als absolute Indikationen Leber- und Nierenerkrankungen sowie Alkoholismus.

Lazarraga (Marburg).

Dimitriou et Saghinesco, 503 cas de rachianesthésie par la méthode du professeur Ionnesco. (503 Fälle von Lumbalanästhesie nach der Methode von Jonnesco.) (*Hôp. milit. de Jassy.*) Presse méd. **21,** S. 276—277. 1913.

Verf. haben zweimal (Vorderarmamputation, Kopfoperation) die hohe, bei 416 Hernien und 49 Hydrocelen und Varicocelen und verschiedenen anderen meist kleineren Eingriffen an der unteren Körperhälfte die tiefe Lumbalanästhesie mit 0,02 bzw. 0,04—5 Stovain mit Strychninzusatz ausgeführt. Schwerere Störungen wurden nicht beobachtet. Mißlingt die Anästhesie, wird nach 4—5 Tagen eine neue ausgeführt. *Kulenkampff* (Zwickau).

Lundgreen, M., Å. Schéle und B. Svedin, Lokalanästesie medelst katafores. (Lokalanästhesie mittels Kataforese.) Hygiea **75,** S. 184—188. 1913. (Schwedisch.)

Kurzer Bericht über die Versuche der 3 Verfasser, Hautanästhesie mittels Elektrolyse zu erzielen. Die von ihnen benutzte Methode ist die folgende. Anästhesierungsflüssigkeit: Novokainchlorid 1 g, in 10 g Solutio adrenalini hydrochlorici gelöst (Parke, Davis & Co., London). Man tröpfelt die Lösung auf ein drei- bis vierfaches, nach der Größe der Anode zugeschnittenes Filtrierpapier. Die zylindrische Kathode wird mit der Hand gefaßt, wonach der Strom geschlossen wird. In der Anästhesierungsflüssigkeit folgt jetzt eine Zerteilung, wobei die

positiven Kationen von Anode nach Kathode hin, d. h. durch die Haut hinein, getrieben werden. Der elektrische Strom ist ein konstanter, bei den Versuchen der Verf. von einer Spannkraft von 110 Volt. In die Leitung werden ein Ampèremesser und ein Voltregulator eingekoppelt. Nachdem der Strom geschlossen worden ist, stellt es sich heraus, daß der Leitungswiderstand der betreffenden Person abnimmt, besonders während der ersten Minuten. Die Stromstärke steigt dabei, weshalb man den Ampèremesser genau beobachten und den Widerstand durch den Voltregulator reguliern muß.

Bei Gebrauch einer Stromstärke von 2 M. A. während 10 Minuten und obenerwähnter zehnprozentiger Novokainchlorid-Adrenalinlösung erzielt man eine Anästhesie von halbstündiger Dauer durch ein Verfahren, das nicht den geringsten Schmerz verursacht und für den betreffenden Patienten keine unangenehmen Folgen hat. Die Verff. haben nur an sich selbst Experimente vorgenommen. *Giertz* (Umeå, Schweden).

Desinfektion:

Liermann, W., Moderne Wundbehandlung und erste Wundversorgung. Zentralbl. f. Gewerbehyg. **1**, S. 121—131. 1913.

Verf. empfiehlt die von ihm angegebene Boluswundpaste, die sich aus Bolus alba, Alkohol und Glycerin zusammensetzt, und seine Bolusseife zu allgemeinem Gebrauch. Die Seife erleichtert die Hautdesinfektion der Hände und des Operationsgebietes, wozu nur 3 Minuten Zeit erforderlich, Wasser und Bürste entbehrlich sind, die Paste macht alle bei der Wundbehandlung heute noch gebräuchlichen chemischen Antiseptica überflüssig, ist infolge ihrer Ergiebigkeit (100 g reichen für 50 Verbände) mäßig im Preis und leicht in genügender Menge und in sicherer Tubenverpackung überallhin mitzuführen. Damit sind die Vorzüge dieses Mittels noch nicht erschöpft; da es auch die Fähigkeit besitzt, zu brennen „wie reiner Spiritus", eignet es sich auch zur Notsterilisation von Instrumenten. *Genewein* (München).

Meerdervoort, N. J. F. Pompe van, Een geval van Sublimaat-intoxicatie. (Ein Fall von Sublimatintoxikation.) Nederlandsch Maandschrift voor Verloskunde en Vrouwenziekten en voor Kindergeneeskunde Jg. **2**, Nr. 3, S. 154—155. 1913. (Holländisch.)

Warnung gegen die Verwendung einer Sublimatlösung als Scheidenirrigationsflüssigkeit, nachdem Verf. einen Fall beobachtet hat von ziemlich schwerer Intoxikation, nachdem ein ungelöst gebliebenes Stückchen der Sublimatpastille die Schleimhaut der Fornix vaginae arrodiert und so die Gelegenheit zur Resorption erhöht hatte. *Hymans* (Amsterdam).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Schlesinger, Arthur, Zur Vereinfachung der Fremdkörperextraktion. Zentralbl. f. Chirurg. **40**, S. 505—506. 1913.

Verf. markiert mit Tinte vor dem Röntgenschirm die Projektion des Fremdkörpers auf der zu- und abgewendeten Seite des Gliedes in 2 Ebenen. Der Schnittpunkt der Verbindungslinien von je 2 zusammengehörigen Punkten gibt dann die Lage des Fremdkörpers an. Je 2 zusammengehörige Punkte werden dann durch dünne Nadeln verbunden, die so eingestochen werden sollen, daß der Fremdkörper etwas vor ihrem Schnittpunkt liegt. *Frangenheim* (Leipzig).

Cánovas, Navarro, Ein neuer Apparat zur Bestimmung von Fremdkörpern. Arch. f. physikal. Med. u. med. Techn. **7**, S. 240—248. 1913.

Von dem den Fremdkörper enthaltenden Körperteil wird 1. eine Doppelaufnahme mit 20 cm Röhrenverschiebung bei 50 cm Fokalabstand auf eine Platte gemacht; der Abstand der beiden Fremdkörperschatten wird gemessen; 2. eine Aufnahme mit exakter Vertikaleinstellung auf eine der Hautoberfläche angeklebte Metallmarke; der Abstand des Markenschattens vom Fremdkörperschatten wird gemessen. Nach diesen Maßen kann man an einer Meßtafel ohne weiteres die wirklichen Abstände des Fremdkörpers von der orientierenden Hautmarke ablesen. *Grashey* (München).

Connell, Karl, A new ether-vaporizer. A preliminary report on the technic of intrapharyngeal insufflation anesthesia. (Ein neuer Ätherverdampfer. Ein vorläufiger Bericht über die Technik der intrapharyngealen Insufflationsnarkose.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 892—894. 1913.

Connell hat es als Mangel der vorhandenen Ätherisierungsapparate empfunden, daß man die verbrauchte Luftmenge und den Prozentgehalt an Äther nicht kennt. Er gibt die genaue Beschreibung eines Apparates, welcher jederzeit die Menge der durchgehenden Luft angibt und eine genaue Kontrolle des Prozentgehaltes an Äther gestattet. Nach C.s Ansicht eignet sich der Apparat besonders zur Anwendung für die Meltzersche intratracheale Narkose. Wenn der Patient nach einem der gewöhnlichen Verfahren narkotisiert worden ist, so ist zur Unterhal-

tung der Narkose in den ersten 5 Minuten gewöhnlich 18% Äther erforderlich, für die nächsten 25 Minuten 14%, für die zweite halbe Stunde 12%, für die zweite Stunde 12—8%. Bei Laparotomien muß in den ersten Stadien der Prozentgehalt um etwa 4% erhöht werden, bei schwächlichen Frauen und Kindern ist eine Verminderung um 2% statthaft. Der durchschnittliche Verbrauch bei Erwachsenen betrug in der ersten Stunde 960 l Luft und etwa 165 g Äther.

M. v. Brunn (Bochum).

Salzer, Moses, A new and inexpensive intratracheal insufflation outfit. (Ein neuer und billiger Apparat zur Insufflationsnarkose.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 826. 1913.

Der Apparat besteht aus einem kleinem Schrank mit einer Zwischenbord. Unten steht ein Elektromotor, an den eine Luftpumpe angeschlossen ist. Eine Rohrleitung mit einem Anschlußstück, falls man einen Fußblasebalg benutzten will, führt nach oben in eine Waschflasche. Von dieser führt eine mit einem Dreiwegehahn versehene Leitung in die mit Äther gefüllte Flasche. Der vorbeistreichende Luftstrom saugt die Ätherdämpfe mit. Der Dreiwegehahn gestattet je nach Stellung eine Regulierung der Narkosetiefe, indem entweder reine Luft oder eine mehr oder minder starke Mischung mit Ätherdämpfen dem Patienten zugeführt wird. Zwischen beiden Flaschen steht eine kleine Quecksilberflasche, in die eine seitlich angeschlossene Glasröhre zur Regulierung des Druckes eintaucht. Endlich ist an das Zuleitungsrohr zum Katheter noch ein an der einem Schranktür hängendes Manometer angeschlossen, um den hier herrschenden Druck jederzeit ablesen zu können. Bezugsquelle: Max Wocher & Son Co. Cin. O. Preisangabe fehlt. *Kulenkampff* (Zwickau).

Bley, Ein neues Instrument zum Öffnen der festen Verbände, speziell der Gipsverbände. (*Städt. Krankenh., Wiesbaden.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 15, S. 708. 1913.

Neubeschreibung des seit 3 Jahren bekannten Hasselmannschen Gipshebelmessers, von dem jetzt 2 etwas stärker gehaltene Modelle angefertigt werden, da das erste Modell sich als zu schwach erwiesen hat. Das eine der neuen Modelle gestattet die Länge des Messers der Dicke des Verbands entsprechend zu variieren. *Neumann* (Heidelberg).

Burnier, R., La cautérisation par le froid. (Kauterisation durch Kälte.) Presse méd. Jg. **21**, Nr. 29, S. 285—288. 1913.

Burnier empfiehlt zur Kohlensäureschneebehandlung einen in Frankreich von Sparklets eingeführten Apparat, aus welchem sich der CO_2 Schnee in Form eines festen Stiftes herausdrücken und in beliebiger Länge verwerten läßt. Zur Sterilisierung wird dem Schnee Alkohol oder Aceton zugesetzt. Der Apparat erlaubt beliebige Temperaturen von 0° bis —80° anzuwenden. Je nach der Dicke des Stiftes, dem Druck und der Zeit der Einwirkung sind die Veränderungen der Haut makroskopisch und mikroskopisch verschieden, von vorübergehender Anämie bis zur Nekrose finden sich alle Übergänge. Gute Erfolge der CO_2 Schneebehandlung werden erzielt bei Lupus erythematosus, bei Naevis, Cancroiden, Endotheliomen, Warzen, Keratosen, Keloiden, Akne, Xanthom und Trachom. Das Verfahren ist einfach, rasch wirkend, nicht teuer, unschädlich und hinterläßt keine häßlichen Narben. *Vorderbrügge* (Danzig).

Kilgore, Eugene S., A suction hand-valve for clearing the operative field. (Ein Saugventil mit Handbetrieb zur Reinigung des Operationsfeldes.) Journal of the americ. med. assoc. **60**, S. 897—898. 1913.

Es wird ein Apparat beschrieben und abgebildet, welcher bestimmt ist, mittels der durch eine Wasserstrahlluftpumpe hergestellten Luftverdünnung Blut oder sonstige Flüssigkeiten vom Operationsfeld abzusaugen. Besonders wird hervorgehoben ein Ventil, welches für gewöhnlich automatisch geschlossen gehalten wird, das man aber durch einen federnden Handgriff mit beliebigen Unterbrechungen öffnen kann. Die Saugung wird dadurch wirksamer, daß während des Geschlossenseins des Ventils der negative Druck zunimmt und so besonders stark im Augenblick der Öffnung des Ventils zur Geltung kommt. *M. v. Brunn* (Bochum).

Vital-Badin, Mesure et représentation des courbures dans les déviations de la colonne vertébrale. (Messung und Darstellung der pathologischen Verkrümmungen der Wirbelsäule.) Arch. gén. de méd. **92**, S. 197—208. 1913.

Verf. konstruierte einen neuen Skoliometer, den er seiner Einfachkeit halber für sehr zweckmäßig hält. Der Skoliometer wurde im Sinne der Heinicke und Mikulitzschen Apparate konstruiert und besteht aus einem, aus einer biegsamen Kupferplatte verfertigten Rumpfgürtel und aus einer auf diesen senkrecht stehenden und die Richtung der Wirbelsäule darstellenden biegsamen schmalen Kupferschiene, die mit einem verschiebbaren in Grade eingeteilten Kompaß versehen ist. Bei der Bestimmung der skoliotischen Verkrümmung fällt die senkrechte Kupferschiene in die Mittellinie des Rückens und wird mittels des auf diese Schiene befestigten Kompaß die Deviation der pathologischen Wirbelsäule bestimmen. Die so bestimmten Maße werden auf ein Papierblatt projiziert, welches in Quadratzentimeter eingeteilt ist. Die Konturen des Rumpfes werden durch einen den Rumpf umfassenden und sich dem Rumpf genau anschmiegenden sogenannten Rumpfgürtel bestimmt. *Béla Dollinger* (Budapest).

Radiologie:

Chir.Kong.

Oehlecker, Demonstration einiger interessanter und seltener Röntgenbilder.

Zwei kongenitale Skoliosen (Spina bifida anterior mit Rippenanomalien — weiterer Fall von kongenitaler Skoliose mit Rippenanomalien, bei der in der Pubertätszeit eine Paraplegie der Beine auftrat). Multiple Myelome bei einer 24jährigen Patientin. Ösophaguscarcinommetastasen in den Knochen beider Schultern und im Nasenseptum. Übersichtsbilder von der ganzen Halswirbelsäule mit einer neuen Kassette mit Schulterausschnitt. Drei knöcherne verheilte Kniegelenksresektionen bei tabischer Arthropathie. Ersatz eines Mittelhandknochens bei Enchondrom der Hand. Verdrängung des Mediastinums und des Ösophagus bei akutem Hämatopneumothorax. *Katzenstein* (Berlin).

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Vallois, H., et E. Vinon, Sur un gros canal anastomotique reliant à travers le rocher la veine jugulaire interne au sinus pétreux supérieur. (Présentation de pièces.) (Über einen dicken Anastomosenkanal, welcher durch das Felsenbein hindurch die Vena jugularis interna mit dem Sinus petrosus superior verbindet. [Vorstellung der Präparate.]) (Soc. des scienc. méd. de Montpellier, séance 21. II. 1913.) Montpellier méd. **56**, S. 327—328. 1913.

Abbildung der anatomischen Präparate des linken und rechten Felsenbeins und anschauliche Schilderung eines bei der Sektion gefundenen Kanals, welcher beiderseits durch das Felsenbein hindurchgeht und eine venöse Verbindung des Sinus petrosus superior mit der Jugularis interna herbeiführt; rechts durch Vermittlung des Sinus petrooccipitalis inferior, links durch das Ende des Sinus petrosus inferior. Nach Ansicht der Verff. gehören diese Venen zu den Emissarien der Schädelbasis, welche die direkte Verbindung des extra- und intrakraniellen Blutes darstellen. *Kaerger* (Berlin).

Lessing, Über Osteomyelitis des Oberkiefers und ihre Beziehung zum Kieferhöhlen-Empyem. (*Ohren- u. Kehlkopf-Klin., Univ. Rostock.*) Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftw. Bd. **68**, H. 1, S. 63—68. 1913.

Beschreibung zweier Fälle von Osteomyelitis des Oberkiefers. Die Erkrankung kommt relativ am häufigsten beim Neugeborenen vor; dieser Umstand wird darauf zurückgeführt, daß hier der kompakte Knochen mit seiner reichlichen Spongiosa der Entwickelung einer Osteomyelitis viel günstigere Bedingungen bietet als beim Erwachsenen. Die Kieferhöhle kommt als Ausgangspunkt der Osteomyelitis des Oberkiefers nicht in Frage. Von den Epiphysenlinien und dem Verhalten der Epiphysen zu den Diaphysen wird in der Arbeit nichts gesagt. *Colley* (Insterburg).

Hirnhäute, Gehirn:

Schwartz, Th., Über die Meningitis serosa. Petersb. med. Zeitschr. **38**, H. 6. S. 67—71. 1913.

Schwartz gibt einen allgemeinen Überblick über den heutigen Stand der Frage in betreff der „Meningitis serosa“ und will in ihr ein Krankheitsbild sui generis sehen. Die meisten Fälle von „Pseudotumor“ (Nonne) will er zur Meningitis serosa gerechnet wissen. Sch. sah zwei Fälle, wo die Erkrankung im Puerperium auftrat. In einem Fall traten ein Monat nach der Geburt alle Symptome eines Hirntumors der hinteren Schädelgrube auf. Im anderen Fall handelte es sich um eine Meningitis spinalis eine Woche nach Lösung einer Placenta praevia. Der erste Fall wurde durch Trepanation, der zweite durch Lumbalpunktion geheilt. Sch. spricht sich für die Trepanation aus, sobald das Sehvermögen bedrohlich abnimmt. *Holbeck* (Dorpat).

Johnston, Richard H., Extra-dural abscess complicating frontal sinusitus. (Extraduralabszeß, einen Stirnhöhlenkatarrh komplizierend.) Laryngoscope Bd. **23**, Nr. 3, S. 206—207. 1913.

Julliard, Charles, Volumineux kyste intracrânien sous-dural d'origine traumatique. Obstacle au développement du cerveau. Epilepsie jacksonienne. Trépa-

nation, puis ponction, amélioration. (Große, subdurale Cyste traumatischen Ursprungs. Hindernis für das Gehirnwachstum. Jacksonsche Epilepsie. Trepanation, Punktion, Besserung.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 334—353. 1913.

Verf. hat im Anschluß an einen selbst operierten Fall von traumatischer Hirncyste 79 Fälle aus der Literatur zusammengestellt. Was die Ursache der Cysten betrifft, so entstehen sie im Anschluß an Kopftraumen, auch nach Geburtstraumen. Die Erscheinungen von seiten des Gehirns treten zuweilen nach wenigen Tagen, vielfach jedoch erst nach Jahren auf. Man muß unterscheiden zwischen meningealen und intracerebralen Cysten. Die letzteren ragen manchmal aus der Hirnsubstanz vor, zuweilen sind sie jedoch auch vollständig im Innern verborgen. In letzterem Fall können sie mit dem Seitenventrikel kommunizieren. — Die meningealen Cysten sind entweder extra- oder subdural; im ersteren Fall entleert sich die Cyste gleich bei Eröffnung des Schädels, im anderen Fall ist die Dura vorgewölbt. Meningeale und intracerebrale Cysten kommen zuweilen gleichzeitig vor. Was die Behandlung betrifft, so ist die Punktion allein ungenügend. Meist hat man die Cyste eröffnet und drainiert. Rezidive werden auch hierbei beobachtet. — Die Exstirpation ist nach des Verf. Ansicht, wie das früher schon Horsley festgestellt hat, die Methode der Wahl. Leider gelingt die Totalexstirpation nicht immer, man muß sich dann mit einer partiellen Resektion zufrieden geben. Handelt es sich um intracerebrale Cysten, so ist das Verfahren nur bei kleinen Cysten zu verwerten. — Die Gefahren der Operation selbst sind nicht erheblich. Von den gesammelten 79 Fällen starben nur 7. Über die Dauererfolge ließ sich wenig ermitteln. Vollständige Heilung scheint selten zu sein. Immer soll man so frühzeitig wie möglich operieren. *Ströbel* (Erlangen).

Krumbholz, Sigmund, Localized encephalitis of the left motor cortical region with epilepsia continua. (Umschriebene Encephalitis der linken, motorischen Rindengegend mit anhaltenden epileptischen Anfällen.) Journal of nerv. a. ment. dis. **40**, S. 17—36. 1913.

Bei einem 14 jährigen, bis dahin gesunden Mädchen stellten sich nach wenigen Tagen allgemeiner Prodromalerscheinungen plötzlich rechtsseitige, epileptische Krämpfe ein. Sie begannen im Facialis, ergriffen dann den rechten Arm und endeten mit Zuckungen in der unteren Extremität. Während der dreiwöchigen Dauer der mit dem Tode endenden Krankheit bestanden diese Krämpfe als dominierendes Symptom fort. — Die anatomische Untersuchung ergab eine akute, hämorrhagische Entzündung in dem mittleren und unteren Drittel der linken vorderen Zentralwindung. Auffällig war eine ganz ausnahmsweise starke Proliferation des Gliagewebes, worauf Verf. in erster Linie die kontinuierlichen Krämpfe zurückführt. Als Ursache nimmt er einen toxischen Prozeß an. *Teichmann* (Berlin).[M]

Hypophyse:

Walter, Friedrich Karl, Über den histologischen Bau der Zirbeldrüse. (*Psychiatr. Klin., Rostock.*) Sitzungsber. u. Abh. d. naturforsch. Ges. zu Rostock, N. F. Bd. **5**, 4 S. 1913.

Histologische Untersuchungen der Zirbeldrüse mit einer in der Arbeit nicht näher angegebenen Goldfärbung sowie mit der Bielschowsky-Färbung, ergaben im Gegensatz zu den bisherigen Resultaten mit den bekannten Färbemethoden ganz außerordentlich komplizierte Strukturen. Piasepten und Gefäße erscheinen umsäumt von unzähligen kleinen Knöpfchen und Kolben, den Endigungen von Fasern, die ein fast unentwirrbares Geflecht bilden; rückwärts laufen sie in dickere Fasern zusammen, die sich zwischen den Parenchymzellen verlieren. Es muß sich um Nervenfasern und deren Endigungen handeln, denen sie auch in ihrer Färbbarkeit völlig gleichen. Fast alle Parenchymzellen besitzen eine Anzahl Fortsätze, deren Anfang ebenso gefärbt ist wie der schmale Plasmasaum um die großen runden Kerne. Neben diesen rundlichen Zellen kommen einzelne größere, an die Pyramidenzellen der Hirnrinde und die motorischen Rückenmarksganglienzellen erinnernde Zellen vor, mit reichlichem Plasma, undeutlichem Kern und stets zahlreichen Fortsätzen. Außerdem finden sich auf und in den Septen kleinere polymorphe Zellen mit vielen kurzen Ausläufern, die alle mit einem Kolben endigen. Alle Zellformen gemeinsam lassen unter ihren Fortsätzen keinen als Achsenzylinder unterscheiden, es fehlt ihnen die Tigroidsubstanz und die fibrilläre Struktur im Zelleib. Der sympathische Charakter dieser Zellen ist nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen (Cajal machte an Kaninchen ähnliche Beobachtungen).

Es liegt nahe, die in jedem untersuchten Falle (9. bis 62. Lebensjahr) sicher nachweisbaren Zellen in Beziehung zur Funktion der sympathischen Nerven der Pia und der Plexus chorioidei zu setzen, die für die Bildung des Liquor cerebro-spinalis wohl von ausschlaggebender Bedeutung sind. *Tölken* (Zwickau).

Auge:

Morax, V., Sporotrichose primitive des paupières simulant une fistule lacrymale. (Einfache Sporotrichosis der Augenlider, die eine Tränenfistel vortäuschte.) Ann. d'oculist. **149,** S. 183—186. 1913.

Verf. weist auf das nicht zu seltene Auftreten der Erkrankung hin, die in mannigfacher Form in die Erscheinung tritt, so daß in letzter Linie nur die bakteriologische Untersuchung Aufschluß gibt. Im vorliegenden Falle war wegen des Sitzes der Erkrankung eine Verwechslung mit einer Tränenfistel möglich, auch Lues und Tuberkulose waren in Betracht zu ziehen.

Nach unbestimmten, influenzaähnlichen Prodromalerscheinungen entwickelten sich bei einem 37jährigen Patienten an Hals und Schenkeln einige Bläschen, kurz darauf wurde eine Hautaffektion am unteren Augenlide in der Nähe des inneren Augenwinkels beobachtet, die allmählich exulcerierte. Das 1 cm lange, 0,7 cm breite, nicht druckschmerzhafte Geschwür war von blauroter Farbe, zeigte einen einige Millimeter hohen Rand und wies keine lokalen Reizerscheinungen auf. Vor dem Ohr fand sich eine haselnußgroße, geschwollene Lymphdrüse, die ebenfalls nicht druckschmerzhaft war. Die Tränenkanäle waren durchgängig und standen in keinem Zusammenhang mit dem Geschwür. Bei der Sondierung erwies sich das Geschwür als flach, man kam nirgends auf Knochen. Die bakteriologische Untersuchung hatte das erwähnte Resultat (Sporotrichum Beurmanni). Das Eindringen des Sporotrichum kann entweder durch die unverletzte Haut hindurch, oder vom Tränensack aus durch dessen Mucosa hindurch erfolgt sein. Mehrmonatiger Gebrauch von Jodkali (täglich 2 g) erzielte Heilung. *Mettin* (Berlin).

Nase:

Bedford, P. W., The nascent iodine treatment of lupus nasi. (Die Behandlung des Lupus nasi mit Jod in statu nascendi.) Brit. med. journal. Nr. **2728,** S. 767. 1913.

Verf. erzielte bei einem tuberkulösen Kinde, das wegen eines Nasenlupus lange ohne Erfolg mit Tuberkulin behandelt worden war, durch gleichzeitige Einwirkung von Jod nach Pfannenstiel eine sehr rasche und kosmetisch einwandfreie Heilung. *Strauß* (Nürnberg).

Zur Mühlen, A. von, Zur Behandlung der eitrigen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Petersb. med. Zeitschr. **38,** H. 4, S. 43—47. 1913.

Zur Mühlen gibt eine allgemeine Übersicht seiner Stellungnahme zu den verschiedenen Erkrankungen der Nebenhöhlen. Er weist darauf hin, daß häufig die adenoiden Vegetationen und Schleimhautschwellungen des Nasen-Rachenraumes durch Nebenhöhleneiterungen bedingt sind. Als diagnostischen Hilfsmitteln weist er der Voßenschen Lampe nur eine relative Bedeutung bei, eine desto größere aber der Röntgenphotographie. — Eine Indikation zur Siebbeineröffnung sieht er im rhinoskopischen Nachweis einer polypösen Hypertrophie. Im allgemeinen bekennt er sich immer mehr als Anhänger der extranasalen Operationsmethode. Durch diese werden die normal anatomischen Verhältnisse des Naseninneren am wenigsten verändert. — Die Diagnosenstellung bei Keilbeinhöhleneiterung ist äußerst schwierig, selbst das Röntgenverfahren läßt einen bis jetzt im Stich. Bei kombinierten Höhleneiterungen bevorzugt z. M. den extranasalen, bei isolierten den endonasalen Weg. — Bei Stirnhöhleneiterung erreichte z. M. gute Resultate durch die Killiansche Operation. In einem Falle sah er allerdings eine progrediente Osteomyelitis des Schädels mit sekundären Hirnabscessen entstehen. — Bei schwereren Erkrankungen der Oberkieferhöhle spricht sich z. M. energisch für die Operation von der Fossa canina mit ausgiebiger Resektion der facialen und nasalen Wand der Oberkieferhöhle und Entfernung des erkrankten Siebbeins aus. Die Operation führt er unter Novokain-Adrenalinanästhesie aus. *Holbeck* (Dorpat).

Ohr:

Milligan, William, Tuberculous disease of the ear. (Tuberkulöse Ohrerkrankung.) Practitioner Bd. **90**, Nr. 1, S. 248—255. 1913.

Mund:

Schenk, Fritz, Moderne Brücken-Prothesen. Ergebn. d. ges. Zahnheilk. **3**, S. 311—383. 1913.

Unter Brückenarbeit versteht man einen Zahnersatz des Kauapparates, welcher zum Unterschiede von einer anderen Prothese, die durch eine Platte, Klammern oder Adhäsion den Gaumen zur Stütze hat, auf feststehenden Pfeilern im Munde ruht, welche teilweise durch gesunde Zähne, teilweise durch zu diesem Zwecke präparierte Zahn- oder Wurzelstümpfe gebildet werden. Man unterscheidet feste und abnehmbare Brücken. Die festen Brücken werden auf die Pfeiler im Munde mit Zement festgekittet und bleiben dauernd im Munde, während die abnehmbaren Brücken entweder nur lose auf die Pfeiler gesetzt oder mit Schrauben befestigt werden, welche bei Reparaturen oder Erkrankungen der Zähne wieder leicht gelöst werden können. Unter diesen Brücken gibt es betreffs der Herstellungsart wieder verschiedene Abarten: Suspensionsbrücken, welche zwischen zwei oder mehreren Pfeilern aufgehängt sind, so daß die Enden derselben die Pfeiler tragen und an keiner Stelle dem Zahnfleisch aufliegen. Schwebebrücken, welche einen oder mehrere fixe Pfeiler als Grundlage haben, woran die übrigen Ersatzzähne angebracht sind, so daß der distal oder beziehungsweise medial liegende Ersatzteil frei schwebt. Sattelbrücken, welche zum Teil an fixen Pfeilern befestigt sind, jedoch als weitere Stütze auf dem Zahnfleische sattelförmig aufliegen. Inlaybrücken, welche als Stützpfeiler entweder ein oder zwei gegossene Metallinlays besitzen. Für die Haltbarkeit einer Brücke ist von ausschlaggebender Bedeutung die Qualität und Quantität der Stützpfeiler und die gleichmäßige Belastung und Verteilung des Gewichtes in der Ruhelage und bei Ausübung des Kauaktes. Alle Träger der Brücke werden gleichmäßig belastet sein, wenn die Last der Ersatzzähne sich stets auf den ganzen Zahnbogen gleichmäßig überträgt. Für die richtige Wahl und die Einbeziehung von Stützpfeilern lassen sich wohl Anhaltspunkte, aber keine allgemein gültigen Regeln aufstellen. Bei dieser allgemein vorgezeichneten Richtschnur sind für den Bau einer Brückenprothese noch verschiedene Momente in Erwägung zu ziehen wie Achsenstellung, Rotation, Kippung, Artikulationsverhältnisse usw. der einzelnen Zähne und Zahnwurzeln, so daß auch hier jeder einzelne Fall individuell bearbeitet werden muß. *Herda* (Berlin).

Edgeworth, F. H., On the afferent ganglionated nerve-fibres of the muscles innervated by the fifth cranial nerve; and on the innervation of the tensor veli palatini and tensor tympani. (Über die sensiblen, vom Ganglion kommenden Nervenfasern der vom Trigeminus versorgten Muskeln; und über die Innervation des M. tensor veli palatini und tensor tympani.) Quarterly journal of microscop. science Bd. **58**, Nr. 232, S. 593—603. 1913.

Untersuchungen am Menschen, an Macacus cynomolgus, Ratte und Hund ergaben das Vorhandensein von zentripetalen, das Gassersche Ganglion passierenden Nervenfasern in den Muskelästen des Trigeminus. Dieser versorgt auch die Mm. tensor veli palatini und tensor tympani. *Zieglwallner* (München).

Marx, H., Über das Adenom des Mundes. (*Univ.-Klin. f. Ohr.-, Nas.- u. Kehlkopfkr., Heidelberg.*) Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege **67**, S. 121 bis 128. 1913.

Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der seltenen echten Adenome des Mundes. Es handelte sich um ein Cystadenoma papilliferum, dessen Ursprungsstätte wahrscheinlich die Blandin-Nuhnsche Drüse ist. *Stammler* (Hamburg).

Ryall, Charles, A lecture on cancer of the tongue. (Vorlesung über Zungenkrebs.) Brit. med. journal S. 697—699. 1913.

Ein Reizzustand ist einer der wichtigen Faktoren bei der Entstehung des Zungenkrebses und der wird in 80% der Ryallschen Fälle durch die Syphilis geschaffen. Autor steht darum nicht an, die Lues als den Hauptfaktor, als präcarcinomatöse Bedingung des Zungenkrebses anzusehen. Andrerseits legt er der Schädlichkeit des Rauchens, des Reibens an scharfen Zahnecken großes Gewicht bei, aber ganz besonders nur bei vorangegangener oder noch bestehender Syphilis. Er bespricht dann die pathologisch-anatomische Entstehung, weist auf die frühe In-

fektion der Lymphdrüsen in der Zunge, an der Carotis und auf beiden Seiten des Nackens und betont darum die außerordentliche Wichtigkeit einer frühen Diagnose, die durch sofortige Excision und mikroskopische Untersuchung bei Verdacht festgelegt werden muß. Die Prophylaxe besteht in der Vermeidung des Rauchens bei Syphilis, in absoluter Nicotinabstinenz bei der geringsten Spur von Leukoplakie, in der Entfernung cariöser Zahnstümpfe, rauher Zahnecken und -kanten und sorgfältiger Behandlung der Lues. Die Operation führt Ryall meist zweizeitig aus, wenn die Nackendrüsen ergriffen sind. Er exstirpiert die Zunge immer ganz durch Transversalschnitt und zwar nach der Unterbindung beider Linguales und nach Ausräumung der Regio submentalis, submaxillaris und parotidea, und versorgt den Stumpf mit der Schleimhaut des Mundbodens. Die Patienten stehen früh auf. Artikulation ist nach 14 Tagen möglich und bessert sich zu fast normaler Sprechweise. *Hirschmann* (Berlin).

Abbe, Robert, Malignant disease of the tongue and mouth. (Maligne Erkrankung der Zunge und des Mundes.) Med. record. **83**, S. 461—464. 1913.

Verf. giebt eine Übersicht über die von ihm behandelten Fälle von maligner Erkrankung der Mundhöhle. Er hat viel mit Radium behandelt und ist zu folgendem Ergebnis gekommen: die echten Carcinome sind am besten noch rein chirurgisch zu behandeln. Bei beginnenden Carcinomen jedoch führt auch die Radiumbehandlung zum Ziele, während ihre Anwendung bei vorgeschrittenem Carcinom nur vorübergehenden Erfolg bringt. Bei Riesenzellensarkomen wirkt das Radium spezifisch heilend. Als alleiniges Heilmittel ferner kommt es bei Leukoplacie in Frage. *Hinz* (Berlin).

Hals.

Allgemeines:

McKenna, C. Hugh, A report on two cases of cervical rib and an operative measure to prevent recurrence of symptoms. (Bericht über zwei Fälle von Halsrippe und eine Operationsmethode, um die Wiederkehr von Beschwerden zu verhüten.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16**, S. 322—324. 1913.

Verf. schlägt vor, die VII. Halsrippe mittels eines Lappenschnittes vom seitlichen Halsdreieck aus zu entfernen, einen Muskellappen vom Scalen. med. abzuspalten und ihn als Polster für den Plexus und die Gefäße auf die nach Exstirpation der Cervicalrippe periostentblößte obere Fläche der I. Dorsalrippe zu legen. Er glaubt auf diese Weise die Wiederkehr von Störungen seitens des Plexus oder der Gefäße verhüten zu können. *Joseph* (Berlin).

Hope, C. W. M., Treatment of sarcoma of the neck (secondary to tonsil) by seleniol injections. (Behandlung eines Sarkoms des Halses [Metastase eines solchen der Tonsille] mit Einspritzungen von Seleniol.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 5. Laryngol. sect. S. 75. 1913.

5 im Intervall von 3—4 Tagen gemachte Einspritzungen von je 3 ccm Seleniol (kolloidales Selen) in das vom Warzenfortsatz bis zum Schildknorpel reichende Sarkom brachten dieses bis auf eine bewegliche Narbe zum Verschwinden unter erheblicher Besserung des Allgemeinbefindens. *Gümbel* (Bernau).

Kehlkopf und Luftröhre:

Caldera, Ciro, Experimentelle Chirurgie der Luftröhre. (*Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankh., Univ. Turin.*) Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. **27**, S. 334—336. 1913.

Schwere Schnittwunden der Luftröhre heilen erfahrungsgemäß oft p. pr., wenn sie sofort unter aseptischen Vorsichtsmaßregeln genäht werden. Caldera konnte dies durch Versuche an Kaninchen bestätigen. Es heilten nicht nur nach Entfernung eines Luftröhrenstückes von etwa 6 Knorpelringen die zirkulären Wunden des oberen und unteren Stumpfes völlig aneinander; es heilte auch ein solches, jeder Gefäßverbindung beraubtes Stück Luftröhre, sowohl von dem-

selben wie von einem anderen Kaninchen in den Defekt transplantiert, wieder ein, selbst wenn es 48 Stunden außerhalb des Organismus aufbewahrt war. Die bindegewebige Narbe war nach 20 Tagen stets mit Kalksalzen infiltriert und verengerte nur in wenigen Fällen die Luftröhre. *Paetzold* (Berlin).

Thost, Über die Behandlung der Trachealstenosen nach dem Luftröhrenschnitt. Chir. Kongr.

Vortragender behandelt die Trachealstenosen von der Fistel aus. Er führt, wenn durch Lapisätzungen, galvanokaustische Behandlung und kleine blutige Eingriffe die Stenose etwas erweitert ist, von der Tracheotomiewunde aus solide Metallbolzen, die an einem verschraubbaren Stiel rechtwinklig befestigt sind, in die Stenose nach oben. Eine besonders geformte Kanüle wird darunter eingeführt und der darüber liegende Bolzen mit der Kanüle durch einen bogenförmigen Haken fixiert. Kanüle und Bolzen bilden so ein Ganzes. Die soliden Bolzen, die dreieckig sind mit abgerundeten Ecken und glatt polierter Kuppe, müssen durch die Glottis hindurch bis in den Larynxeingang reichen, so daß die Kuppe im Spiegel zu sehen, oder bei Kindern mit dem Finger zu fühlen ist. Sie wirken durch ihre Schwere aus einer bleihaltigen Metallkomposition, da die Erfahrung zeigt, daß nur schwere solide Bougies durch Druck dilatierend wirken, während leichte, hohle Metall- oder Gummirohre diese Wirkung nicht haben. Allmählich steigend an Dicke wird über das gewünschte Maß hinaus dilatiert. Der Druck dieser Bolzen wirkt auch bei Papillomen heilend auf die erkrankte Schleimhaut, welche sich langsam zur Norm zurückbildet. Tuberkulöses und carcinomatöses Gewebe verträgt den Druck nicht und eignet sich nicht zur Dilatation. Wohl aber ödematöses und narbiges Gewebe, ebenso granulierende Schleimhaut. — Vortragender nimmt drei Hauptformen der Stenose an, die Verbiegungsstenose, die diffuse Granulationsstenose, die Narbenstenose. Für alle drei Formen erhält Vortragender seine soliden Metallbolzen für die wirksamste Methode, da er in den 25 Jahren, seitdem er sich mit diesen schwierigen Fällen beschäftigt, alle bisher angegebenen Methoden versucht hat. Es wurden in dieser langen Zeit jetzt über 70 eigene Fälle behandelt, davon etwa 50 mit des Vortragenden Bolzen von der Fistel aus, die übrigen, meist Erwachsene, vom Mund aus mit Schrötterschen Hartgummirohren und Schrötterschen Zinnbolzen. Über 80% wurden geheilt. Die übrigen starben an interkurrenten Krankheiten, entzogen sich der Behandlung oder befinden sich noch in Behandlung. Kein Fall, der genügend lang zur Verfügung stand, blieb ungeheilt. Chirurgische Eingriffe, oft sehr geniale Transplantationen, vermögen die Behandlung zu unterstützen, aber alle chirurgischen Eingriffe bedürfen ausnahmslos einer damit verbundenen Dilatation, am besten mit des Vortragenden solidem Metallbolzen von der Fistel aus. Die Behandlungsmethode erfordert viel Geduld, einzelne Fälle werden damit in 3 Monaten geheilt, die meisten bedürfen einer Behandlung von 8—9 Monaten, einzelne mit langen Unterbrechungen 2, auch 3 Jahre. Der große Vorzug der Methode ist die absolut sichere Lage der Bolzen, so daß die Kinder ambulant behandelt werden können, mit den Bolzen selbst die Schule besuchen, ohne Beschwerden essen, und trinken können und keinerlei Beschwerden haben. — Die genaueren Krankengeschichten mit allen Erfolgen und Mißerfolgen und alle einschlägigen Verhältnisse sind in einem dem Andenken von Leopold von Schrötter gewidmeten Buche niedergelegt, die Verengerungen der oberen Luftwege nach dem Luftröhrenschnitt, das 1911 bei Bergmann, Wiesbaden erschienen ist. Selbstbericht.

Schlemmer, Fritz, Über einen Fall von kombinierter Stenosierung der Luftröhre. (*Univ.-Klin. f. Kehlkopf- u. Nasenkrankh., Wien.*) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. 47, S. 322—328. 1913.

Verf. geht kurz auf die Ätiologie der Trachealkompression ein, die der Mehrzahl der Fälle nach durch Strumen, Neoplasmen, Drüsentumoren oder Wirbelabscesse bedingt wird. Immer aber handelt es sich um ein Gebilde, welches das Atemhindernis abgibt. Im vorliegenden Falle war die Ätiologie, wie sich bei der Autopsie herausstellte, eine dreifache: Von rückwärts wölbte sich ein Wirbelabsceß vor; von der rechten Seite stenosierte eine kirschgroße, verkäste, neben der Trachea, knapp unterhalb der Klavikula gelegene Lymphdrüse, während von vorne die vergrößerte Thymusdrüse die obere Brustapertur einengte. Aus der Krankheitsgeschichte sei bemerkt:

Es handelte sich um einen 15 Monate alten Knaben, der bis Oktober 1911 gesund war. Vater tuberkulös. Mit 10 Monaten aquirierte der Knabe Masern, im Anschluß daran trat Husten und Auswurf auf; später Spina ventosa des rechten Zeigefingers und Schwellung der rechten Halsseite. Anfang März 1912 machte sich eine auffällige Steifigkeit des Halses bemerkbar mit gleichzeitiger Erschwerung der Atmung. Seit Ende März stellten sich plötzliche Erstickungsanfälle ein: das Kind wurde mitten im Spiel tief blau, fiel zu Boden und rang nach Luft. Eine Conicotomie brachte keine Besserung, da das Hindernis tiefer saß. Der tracheoösophagoskopische Befund war folgender: 5 cm unterhalb der Wunde zeigt sich eine hochgradige Vorwölbung der Trachealhinterwand durch einen derben, retrotrachealen Tumor.

Die Ösophagoskopie war nur bei gleichzeitiger Einführung eines über die Stenose hinausreichenden tracheoskopischen Rohres in die Trachea wegen hochgradigster Stenoseerscheinungen möglich. Die Inspektion der Speiseröhre ergab in derselben Höhe gleichfalls eine Vorwölbung der Hinterwand, wenn auch in geringerem Grade. In die Trachea wurde über die Stenose hinaus ein Mercierkatheter eingeführt. Ein kurz darauf vorgenommener chirurgischer Eingriff (seitliche Incision wie zur Ösophagotomie) ließ die eingangs geschilderten Verhältnisse erkennen, die durch die Autopsie bestätigt wurden. Gleichzeitig beobachtete man bei Hustenstößen ein Emporschnellen der mächtig vergrößerten Thymusdrüse, die die Trachea jedoch nicht umgriff. Die plötzlichen Erstickungsanfälle erklären sich demnach so, daß beim Spielen infolge Schreiens oder forcierter Bewegungen durch den gesteigerten intrathorakalen Druck die Thymus nach oben gepreßt wurde, oder daß es in ihr zu einer stärkeren Gewebsdurchblutung kam. Auf alle Fälle wurde dadurch der ohnehin schon beengte Raum noch mehr verschlossen und damit ein Erstickungsanfall bedingt. Daß bei der Tracheoösophagoskopie die Vorwölbung der Trachealhinterwand die weitaus auffälligere war, erklärt sich dadurch, daß bei der unnachgiebigen Trachea eine Raumbeschränkung von einer Seite viel deutlicher zum Ausdruck kommt als bei dem muskulösen, anpassungsfähigen Ösophagus.

Aus diesem Grunde rät Pieniažek in jenen Fällen von Vorwölbung der Trachealhinterwand der Tracheoskopie die Ösophagoskopie folgen zu lassen, bei der man dann „leicht erkennt", daß die komprimierende Geschwulst sich hinter der Speiseröhre befindet. *Mettin* (Berlin).

Thomson, Sir St. Clair, Tuberculosis of the larynx. (Larynxtuberkulose.) Practitioner Bd. **90**, Nr. 1. S. 243—247. 1913.

Hope, C. W. M., Laryngeal tumour treated with seleniol. (Mit Seleniol behandelter Tumor des Kehlkopfes.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. 6, Nr. 5. Laryngol. sect., S. 76—77. 1913.

Inoperabler Tumor des Kehlkopfes verschwand in 2 Monaten auf Selenioleinspritzungen bis auf Geschwüre an Epiglottis und Ringknorpel. *Gümbel* (Bernau).

Le Jeune, Paul, Un cas de tumeur trachéale, trachéoscopie directe. (Ein Fall von Tumor der Trachea, direkte Tracheoskopie.) Scalpel et Liège méd. **65**, S. 674—676. 1913.

Schilddrüse:

Remy, A., et C. Fairise, Un cas de goitre congénital. (Ein Fall von angeborenem Kropf.) (*Clin. du prof. Haushalter.*) Ann. de méd. et chirurg. infant. **17**, S. 201—203. 1913.

Verf. publizieren 1 Fall von kongenitaler Struma bei einem an Asphyxie gestorbenen Neugeborenen. Mutter aus Kropfgegend mit Kropf behaftet. Nach der Geburt muß künstliche Atmung gemacht werden. Danach Anfälle von Dyspnoe, die sich wiederholen und stärker werden. Tod während eines Anfalls am 2. Tage. Die Sektion ergibt eine retrooesophageal sich von beiden Seiten berührende diffuse Struma, die die Trachea von vorne nach hinten komprimiert hat. Histologisch liegt das gewöhnliche Bild der Struma congenita vasculosa vor. Stellenweise Desquamation. Thymus makroskopisch und mikroskopisch normal mit Normalgewicht.

Verf. sehen den Fall als einen Beweis an für das Übergehen des Kropfagens aus dem mütterlichen in den foetalen Organismus durch die uteroplacentaren Blutgefäße. *Kocher* (Bern).

[Chir.Kong.] **Meisel** hat bei Untersuchungen von 800 Schulkindern in 40—70 Prozent Kropf gesehen. Er demonstriert eine Patientin, die früher einen Kropf gehabt hat, jetzt aber eine kaum fühlbare Schilddrüse zeigt. Abnorme Pigmentationen und Veränderungen der Haut gingen durch Verabreichung von frischer Hammelschilddrüse wesentlich zurück. *Katzenstein* (Berlin).

[Chir.Kong.] **Ströbel, Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung des mechanischen Kropfherzens.**

Vergl. dieses Zentralblatt Bd. 1, H. 12, S. 576.

[Chir.Kong.] **Hosemann, Die Funktion der Schilddrüse bei Basedow.**

Nachdem Walter gezeigt hat, daß bei thyreoidektomierten Tieren der Verlauf der De- und Regeneration gequetscher Nerven stark verzögert ist, bei Verfütterung von Schilddrüsentabletten aber wieder normal wird, haben Hosemann und Walter

auf diesem Wege die Funktion der Basedowstruma im biologischen Experiment geprüft. Bei Kaninchen, denen die Schilddrüse radikal entfernt war, wie die verzögerte Nervende- und regeneration bewies, wurden Stücke von frischer Basedowstruma lebenswarm intraperitoneal, intramuskulär oder subcutan implantiert, in anderen Versuchsreihen wurden die Tiere mit Trockenpräparaten von Basedowstrumen wochenlang gefüttert: Die De- und Regeneration der gequetschten Nerven wurde dadurch nicht wesentlich beeinflußt und blieb stark verzögert, während die Implantation frischer normaler Schilddrüse bei denselben Tieren den Verlauf der Nervende- und regeneration beschleunigte, so daß er dem bei den normalen, nicht thyreoidektomierten Kontrolltieren glich. Aus diesen Versuchen ist der Schluß zu ziehen, daß bei der Basedowschen Krankheit nicht eine Steigerung der Funktion der Schilddrüse, ein Hyperthyreoidismus vorliegt, sondern ein Dysthyreoidismus. Selbstbericht.

Hoffmann, Rudolf, Über das Anovarthyreoidserum. Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 693—694. 1913.

Verf. hat ein Serum von thyreoidectomierten und zu gleicher Zeit ovariectomierten Schafen herstellen lassen, also ein Anovarathyreoidserum. Dasselbe soll dadurch wirken, daß in ihm vermehrte Hormone der antagonistisch wirkenden Drüsen vorhanden seien, nämlich Adrenalin und Hypophysin, worauf Verf. schon früher aufmerksam machte. Ein Fall von Osteomalacie wurde durch das Serum bedeutend gebessert. Die Besserung dauert jetzt 7 Monate. Er empfiehlt das Serum bei Hyperthyreosen, Rachitis, Pubertätspsychosen, Dementia praecox, Katatonie, Heufieber, Otosklerose, Vasodilatatorenneurosen. *Kocher* (Bern).

Thymus:

Pappenheimer, Alwin M., Further studies of the histology of the thymus. (Weitere Studien über die Histologie der Thymus.) (*Marine biol. laborat., Woods Hole, NMass., a. coll. of physic. a. surg., Columbia univ., New York.*) Americ. journal of anat. **14,** S. 299—325. 1913.

Durch physiologische Versuche ist die innersekretorische Funktion des Thymus sichergestellt. Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Beteiligung der verschiedenen Thymuselemente an der inneren Sekretion an morphologischen Eigenschaften zu erforschen. Es wurden zu diesem Zwecke eingehende histologische Studien an zum Teil vital gefärbten Präparaten des Thymus von Ratte und Frosch angestellt und weiterhin auch das Verhalten in vitro überlebender Gewebsteile des Thymus im Vergleich mit solchen von Lymphknoten beobachtet. Auf Grund der Feststellung, daß die kleinen Thymuszellen wie die Lymphocyten Granula enthalten und wegen gewisser gleicher Eigentümlichkeiten beim Wachstum in vitro hält es Verf. für erwiesen, daß die kleinen Thymuszellen nicht epithelialer Natur, sondern mit den Lymphocyten des Blutes identisch sind. Die großen Thymuszellen erwiesen sich in vitro durch aktives Wachstum und phagocytäre Eigenschaften von den kleinen Thymuszellen wesentlich verschieden. Zur Frage der inneren Sekretion konnte Verf. jedoch nichts Tatsächliches ergründen. 10 histologische Abbildungen. *Hartert* (Tübingen).

v. Haberer, Thymektomie bei Basedow. Chir.Kong.

Vortr. hat nach dem Vorschlage von Garrè viermal die Thymektomie bei Basedow bzw. bei basedowoiden Zuständen ausgeführt. In einem fünften Falle war die Thymus wegen Stenosenerscheinungen, die durch sie hervorgerufen waren, entfernt worden. In allen Fällen hatte die Operation guten Erfolg, doch soll von allen Fällen nur über einen berichtet werden, da die übrigen dem Vortr. aus dem Grunde zu wenig beweiskräftig erscheinen, als dabei jedesmal neben der Thymektomie auch eine Schilddrüsenreduktion gleichzeitig vorgenommen worden war.

Der hier zu berichtende Fall betrifft einen 30jährigen Herrn, der im Jahre 1909 nach einer fieberhaften Erkrankung einen akuten, gleich mit schweren Herzsymptomen einsetzenden Basedow acquieriert hatte. Zunächst wurde, da sich die Symptome immer mehr verschlimmerten, zwei Jahre nach Beginn der Erkrankung die Halbseitenstrumektomie von einem anderen

Operateur ausgeführt, die den Exophthalmus dieser Seite besserte, während er auf der anderen Seite bestehen blieb. Da sich aber die Herzsymptome nicht besserten, suchte der Patient einen berühmten Chirurgen auf, der ihm auf der zweiten Seite die eine Schilddrüsenarterie unterband. Statt einer Besserung trat aber zunehmende Verschlimmerung aller Symptome, sowohl der nervösen, wie vor allem der Herzerscheinungen auf. In ganz desolatem Zustande kam der Kranke Ende 1912 zu Vortr. Damals klagte der Patient auch über Anfälle von Erstickung mit Bewußtseinstrübung, die mit der Exspektoration von viel schaumigem Sputum stets ihr Ende fanden. Patient hatte damals eine Herzdilatation, die zu einer Verlagerung des Spitzenstoßes bis in die Axillarlinie geführt hatte, eine große Stauungsleber und Stauungsmilz, der Radialpuls war kaum tastbar, ganz irregulär, und selbst in der Ruhe zwischen 140 bis 160. Der zugezogene Internist bezeichnete das Herz damals als Ermüdungsherz und stellte die Prognose infaust. Nur dem Drängen des Patienten und seiner Angehörigen nachgebend, entschloß sich Vortr. zur Thymektomie, die, in Lokalanästthesie ausgeführt, zunächst für den Operateur recht unbefriedigend war, da statt der erwarteten Thymus von beträchtlicher Größe nur ein ganz kleiner Thymuskörper gefunden wurde, der kleinste, den Vortr. je entfernt hat. Histologisch erwies sich die Thymus in Involution, enthielt aber auffallend viel Hassalsche Körperchen. Um so auffallender war der Erfolg der Operation. Er trat zwar nicht gleich ein, aber relativ bald. Jetzt ist bei dem Patienten die Herzdilatation verschwunden, der Herzspitzenstoß liegt innerhalb der Mamillarlinie, die Stauungsleber ist vollkommen zurückgegangen. Radialpuls 84 in der Minute ist voll und kräftig, allerdings noch etwas unregelmäßig. Die nervösen Erscheinungen, wie Zittern und Unruhegefühl, sind verschwunden. Der Patient, der jetzt frei von jedem Herzmittel ist, konnte in letzter Zeit anstandslos eine Bergtour unternehmen. Man muß nach dem Gesagten doch wohl zu dem Schlusse gelangen, daß in diesem Falle die Thymektomie ausgezeichnet gewirkt hat. Sie liegt jetzt 4 Monate zurück. Selbstbericht.

Chir.Kong. **Capelle** hat bei einem Falle von Basedow durch Thymektomie Heilung eintreten sehen, wodurch die Anschauung Garrès bestätigt wird, daß die Thymus in ihrer Funktion nebengeordnet ist der Wirkung der Thyreoidea, daß ihre Funktion der der Thyreoidea wesensähnlich ist. Bei der Frage der Beteiligung der Thymus kommt es nicht so sehr auf die Größe dieses Organes an, als auf den mikroskopischen Nachweis, daß ihre Struktur eine infantile Persistenz der Thymus ergibt. *Katzenstein* (Berlin).

Brust.

Brustwand:

Smith, Carroll, The congenital absence of ribs. Report of a case with complete absence of the left seventh and eighth ribs. (Kongenitales Fehlen von Rippen. Bericht über einen Fall von vollständigem Fehlen der linken 7. und 8. Rippe.) (*Depart. of anat., Univ. St. Louis.*) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 895—897. 1913.

Bei einem Säugling fand sich eine schwere Mißbildung des Thorax, welche nach dem an Pneumonie erfolgten Tode genauer autoptischer Untersuchung zugänglich wurde. Es fand sich ein völliges Fehlen der 7. und 8. Rippe, Verschmelzung der rudimentären 4. und 5., ausgedehnter Defekt der 6. Rippe, außerdem Mißbildungen der Brustwirbelsäule, Verdoppelung des Zentralkanals. Die vorhandene Lues hereditaria kommt vielleicht ätiologisch in Betracht. Aufzählung von 9 ähnlichen Fällen. Röntgenbild des Thoraxpräparates. *Hartert* (Tübingen).

Lozano, R., Arthritis tuberculosas condro-costales y condro-esternales. (Chondrocostale und chondrosternale tuberkulöse Arthritis.) La clinica moderna **12**, S. 185—190. 1913. (Spanisch.)

Verf. hatte Gelegenheit 6 Fälle von dieser seltenen tuberkulösen Erkrankung zu behandeln. Er empfiehlt bei dieser Affektion die Allgemeinbehandlung, die operative nur dann, wenn größere Abscesse und Fisteln vorhanden sind. Die Abscesse sowie die Fistelöffnungen sind oft weit entfernt von dem primären Herd, ein Umstand, der bei der operativen Therapie nicht übersehen werden darf. — Bei einem seiner Fälle trat die Tuberkulose des siebenten linken Chondrocostalgelenkes 1 Jahr nachdem ein Wagen über den Thorax gefahren war, auf, ohne daß der Unfall irgendwelche erhebliche Verletzung verursacht hatte. *Lazarraga* (Marburg).

Laurenti, Temistocle, Sarcoma melanotico della parete anteriore dell'emitorace destro con metastasi rachidea lombare e sarcomatosi generalizzata. (Melanotisches Sarkom der vorderen r. Thoraxwand mit einer Metastasie im Lumbalmark und generalisierter Sarkomatose.) Gaz. med. di Roma Jg. **39**, Nr. 7, S. 170—177. 1913.

Speiseröhre:

Lapeyre, Noël, Chirurgie intrathoracique, présentation d'un animal. (Intrathorakale Chirurgie. Vorstellung eines Versuchstieres.) (Soc. des scienc. méd. de Montpellier, séance 14. II. 1913.) Montpellier méd. **36,** S. 267—268. 1913.

Lapeyre stellt einen Hund vor, bei dem er den Oesophagus intrathorakal quer durchtrennt und nachher wieder zirkulär vereinigt hatte. Die Oesophagusnaht bestand aus: 1. einer gewöhnlichen fortlaufenden Naht der Mucosa, die von der Muscularis gut isoliert worden war; 2. einer fortlaufenden Lembertnaht der Muscularis; 3. einer zweiten, gleichen darüber gelegten Naht. Vom 3. Tage an erhielt der Hund flüssige, vom 10. feste Nahrung. *Schumacher.*

Lungen:

Rohden, Friedrich v., Zur Blutzirkulation in der Lunge bei geschlossenem und offenem Thorax und deren Beeinflussung durch Über- und Unterdruck. (*Med. Poliklin., Freiburg i. B.*) Dtsch. Arch. f. klin. Med. **109,** S. 383—400. 1913.

Die Untersuchungen sind ausgeführt nach der Methode von Heß: gasanalytische Blutuntersuchungen nach Absperrung einer Lunge mittels einer Tamponkanüle und Stickstoffatmung. Nach Ausschaltung der einen Lunge wird der Sauerstoffgehalt des Carotisblutes sinken, bis sich nach einiger Zeit ein Gleichgewichtszustand einstellt. Wenn nun durch die abgesperrte Lunge weniger Blut strömt, so wird der Sauerstoffgehalt des Blutes wieder steigen. So ist es mit dieser Methode möglich, quantitative Vorstellungen über die Durchblutung jeder Lunge für sich unter verschiedenen Bedingungen zu gewinnen.

Bei geschlossenem Thorax hat Erhöhen des intrapulmonalen Druckes in der abgesperrten Lunge, Steigen des O-Gehaltes des Carotisblutes, also geringere Durchblutung der unter Druck stehenden Lunge zur Folge. Das Umgekehrte ist bei Erniedrigung des intrapulmonalen Druckes der ausgeschalteten Lunge der Fall.

Bei offenem Thorax hat Cloetta mit seiner Plethysmographenmethode gefunden, daß bei gleicher Druckdifferenz die negative Ansaugung von außen eine stärkere Lungendurchblutung (um 30%) bewirkt als positiver Druck von innen, daß ferner der Überdruck von innen eine stärkere Schädigung der Blutzirkulation hervorruft als der gleich starke negative Unterdruck von außen. Diese mit der plethysmographischen Methode gewonnenen Ergebnisse Cloettas konnte Verf. nach der gasanalytischen Methode von Heß bestätigen. Gleichstarker Unterdruck hat eine stärkere Lungenblähung als der gleiche Überdruck zur Folge. Ferner ist bei gleich hohem Überdruck der O-Gehalt des Carotisblutes höher als bei gleichem Unterdruck, die Zirkulation ist also beim Überdruck in der ausgeschalteten Lunge geringer als beim Unterdruck. Das Brauersche Überdruckverfahren schafft demnach schlechtere Zirkulationsverhältnisse in der künstlich geblähten Lunge als das Sauerbruchsche Unterdruckverfahren. *Heller* (Leipzig).

Petrén, Gustaf, Studier öfver obturerande lungemboli som postoperativ dödsorsak. (Studien über obturierende Lungenembolie als postoperative Todesursache.) Lunds Universitets Årsskrift. N. F. Abschn. II, **9,** Nr. 6, S. 1 bis 84. 1913. (Schwedisch.)

Die ganze Arbeit wird in nächster Zeit in Bruns Beiträgen auf deutsch erscheinen. *Giertz.*

Schumacher, Beiträge zur operativen Behandlung der Lungenembolie. Chir.Kong.

Auf Grund von 3 in der Züricher Klinik ausgeführten Trendelenburgschen Embolie-Operationen (Operateure: Sauerbruch, Schumacher), sowie einigen genau beobachteten Lungenembolietodesfällen spricht Schumacher über Symptomatologie und Diagnose der großen Lungenembolien, sowie über Indikation und Technik der Trendelenburgschen Operation. Er betont die Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit einer Differenzialdiagnose zwischen Lungenembolien und gewissen rapiden Todesfällen bei Herzaffektionen, vor allem Myodegeneration cordis. Er unterscheidet 3 Todesarten bei Lungenembolie: 1. den fast momentan erfolgenden Shocktod, 2. den rapid eintretenden Tod bei ganz großen, den Stamm oder beide Hauptäste der Arteria pul-

monalis völlig verlegenden Embolien, 3. den nach vielen Minuten, ja nach Stunden erfolgenden Tod bei protrahiert verlaufenden Embolien. — Was die Operationsindikation betrifft, so ist er der Ansicht, daß man bei den rapid verlaufenden Fällen zu einem Operationsversuch mehr oder weniger verpflichtet sei, da die Wiederbelebung vielleicht doch in einem und anderen Falle gelingen könnte. Auch seien in diesen Fällen die anatomischen Verhältnisse einer operativen Extraktion des Embolus günstig. Bei den protrahiert verlaufenden Fällen sei man zu einem operativen Vorgehen berechtigt, wenn trotz Stimulation sich eine Verschlechterung des Zustandes nicht aufhalten lasse. Er beobachtete bei zwei derartigen Fällen das Auftreten eines klappenden zweiten Pulmonaltons, der mit Erlahmen der Herzkraft schwand. Vielleicht bietet dieses Verschwinden des lauten Tones ein klinisches Zeichen, dann nicht mehr länger mit der Operation zu zögern. Selbstbericht.

Bang, Sophus, Zur Technik des künstlichen Pneumothorax. Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. 26, S. 293—302. 1913.

Um die Gefahr des tödlichen Kollapses bei der Punktion zwecks Anlegung eines Pneumothorax zu vermeiden, hält der Verf. es für unerläßlich, der Lage des Punktionsinstrumentes größere Beachtung zu schenken, vor allem einwandfrei festzustellen, ob die Spitze desselben sich bei der Einfüllung auch tatsächlich in der freien Pleurahöhle befindet. Die Verwendung der empfindlicheren Wassermanometer bedeutet in dieser Hinsicht zwar einen gewissen Fortschritt, doch leisten auch diese nicht alles Wünschenswerte. Die Trägheit der Flüssigkeitssäule bietet einen gewissen Widerstand gegen alle schnell erfolgenden Schwingungen, und, das gilt auch für die empfindlichsten Metallmanometer, das Auge vermag nicht aus einem schwingenden Meniscus oder einer Manometernadel die Form der Schwingungskurve herauszulesen. Diese bietet aber, wie in genauen $2^1/_2$ Jahre lang durchgeführten Untersuchungen mittels eines Kymographions festgestellt werden konnte, für die Lage der Kanüle sehr wichtige Anhaltspunkte. Die normale intrapleurale Kurve zeigt hohe, spitze Zacken. Der absteigende inspiratorische Schenkel hat unten sehr oft eine Abflachung. Bei extrapleuraler Lage der Nadel sind die Kurven niedrig und stumpf, oft mit feinen sekundären Wellen oder Zacken, die vielleicht von Zuckungen der intercostalen Muskelfibrillen herrühren. Auch wenn die Nadel zu weit eingeführt ist und sich deren Spitze im Lungenparenchym befindet, entsteht eine charakteristische Kurve: es treten dann in derselben Pulmonaliswellen deutlich hervor. Eine Anzahl Photogramme der verschiedenen Kurventypen illustrieren das Gesagte. Bang empfiehlt auf Grund dieser Beobachtungen, die Anlegung eines künstlichen Pneumothorax nur unter Anschluß eines Kymographions an die Punktionskanüle vorzunehmen. Um dabei die Kanüle stets durchgängig zu halten, hat er diese mit einem Mandrin versehen, der sich aseptisch beliebig oft einführen läßt. Die Kanüle ist genau beschrieben und ebenso wie die ganze sonst gebrauchte Einrichtung abgebildet. *Tiegel* (Dortmund).

Lapham, Mary E., Artificial pneumothorax. Technic and results. (Künstlicher Pneumothorax. Technik und Resultate.) New York med. journal 97, S. 582—584. 1913.

Bei Fällen, in denen Adhäsionen gesprengt werden müssen, wird tägliche Kontrolle des Pneumothoraxdruckes und Gaszufuhr empfohlen. In Fällen, wo beide Lungen stärker erkrankt, das Allgemeinbefinden schlecht und Herzstörungen mit verbunden sind, soll Sauerstoff verwendet werden. *Schumacher* (Zürich).

Leuret, E., Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode de Forlanini. Mon instrumentation. La technique. Observations. Indications. Résultats. (Die Behandlung der Lungentuberkulose nach Forlanini. Mein Instru-

mentarium. Technik. Beobachtungen. Indikationen. Resultate.) Arch. gén. de méd. **92**, S. 209—224. 1913.

Der einfache Apparat wird an Hand einer Abbildung erläutert; — Schnittmethoden sollen nur ausnahmsweise, wenn wiederholte Punktionsversuche erfolglos geblieben sind, versucht werden. — Nach Leurets Beobachtungen und Indikationsstellungen eignen sich ca. 4% der Phtisiker zur Pneumothoraxbehandlung. Tuberkulöse Intestinal- und Larynxaffektion sind für L. entgegen dem von Forlanini vertretenen Standpunkt Kontraindikationen für eine Pneumothoraxbehandlung. Vor allem sind die akut verlaufenden Phthisen Gegenstand der Pneumothoraxtherapie; sie sind mehr einseitig und bieten sonst geringe Heilungsaussichten. Auch für die akuten Schübe bei chronischen Phthisen empfiehlt L. die Pneumothoraxbehandlung. Sind diese einseitig, so will er einen temporären Pneumothorax anlegen, bis die akuten Erscheinungen sich gelegt; sind sie doppelseitig, so zieht er die Schaffung von beiderseitigen kleinen Pneumothoraces in Frage (!). — Die Immediatresultate sind oft: Verschwinden des Fiebers und des Auswurfes, Besserung des Allgemeinzustandes, Stillstand der lokalen Erkrankung. Oft kann man von eigentlichen „temporären“ Heilungen sprechen, meist treten später wieder Rückfälle auf. *Schumacher* (Zürich).

Knopf, S. Adolphus, Artificial pneumothorax. Indications and contraindications. (Künstlicher Pneumothorax. Seine Indikationen und Kontraindikationen.) New York med. journal **97**, S. 581—582. 1913.

Zur Pneumothoraxtherapie eignen sich nach Knopf 1. mehr oder weniger vorgeschrittene Fälle, die sich unter der sonst üblichen hygienischen, diätetischen, klimatischen und symptomatischen Behandlung nicht bessern; 2. Frühfälle, die stationär bleiben oder ausnehmend langsam sich bessern infolge von Mischinfektion, mangelhaften Heilkräften des Organismus, oder aus andern oft unerklärlichen Gründen; 3. vor allem rapid sich verschlimmernde Fälle. 4. Mäßig oder stark vorgeschrittene Kranke, „welche unzufrieden sind, fühlen, daß für sie nicht genug geschieht und wünschen, daß man bei ihnen einen Versuch mit Pneumothoraxbehandlung mache“ (?!). 5. Endlich ist der künstliche Pneumothorax indiziert bei großen Hämoptoen und bei chronisch sanguinolentem Auswurf. — Beiderseitige Lungenaffektion ist keine Kontraindikation, sofern eine Lunge nur gering erkrankt ist. Kontraindikationen sind: 1. Ausgedehnte Erkrankung beider Lungen, 2. derart ausgedehnte Kavernenbildung, daß Gefahr besteht, eine Kaverne anzustechen (?!), 3. trockene oder feuchte Pleuritis (?), 4. Myokarditis, anderweitige ernste Herzaffektionen, schwere Nierenerkrankungen, 5. komplizierende Krankheiten, welche an sich jede Heilungsaussichten verbieten, 6. wenn der Patient einer Pneumothoraxbehandlung sehr abgeneigt ist, soll sie nicht vorgenommen werden. — K. erwärmt den N. vor dem Einfüllen, indem er ihn durch ein erhitztes Metallrohr strömen läßt. *Schumacher* (Zürich).

Scherer, A., Über Lungenkollapstherapie mit besonderer Berücksichtigung des künstlichen Pneumothorax. Med. Klin. **9**, S. 537—540. 1913.

Kurzes Übersichtsreferat. — Das paradoxe Zwerchfellphänomen bei Pneumothorax erklärt Scherer dadurch, daß der durch die Inspirationsmuskeln ausgedehnte Thorax das Zwerchfell in sein Inneres ansauge. *Schumacher* (Zürich).

Fraenkel, A., Über Komplikationen und besondere klinische Verlaufsweisen der Lungengeschwülste. (*Städt. Krankenh. am Urban, Berlin.*) Med. Klinik Jg. 9, Nr. 15, S. 572—575. 1913.

5 Fälle von Lungentumor, bei denen durch ein gleichzeitiges Empyem oder durch eine hinzutretende Lungengangrän die Diagnose sehr erschwert war. Besprechung der verschiedenen Untersuchungsmethoden, die die Diagnose sichern. *Stammler* (Hamburg).

Johnston, Richard H., A probable tumor of the lung diagnosed by upper bronchoscopy. (Ein wahrscheinlicher Lungentumor durch die obere Bronchoskopie diagnostiziert.) Laryngoscope Bd. **23**, Nr. 2, S. 115. 1913.

Danes, J., Cirugía de la tuberculosis pulmonar. (Chirurgie der Lungentuberkulose.) Boletin del colegio de médicos de Gerona **17**, S. 153—158 und 169 bis 171. 1912; **18**, S. 2—10, 25—31 und 42—45. 1913. (Spanisch.)

In einem ausführlichen Aufsatz bespricht Verf. nach Mitteilung eines von ihm behandelten Falles die großen Vorteile, welche die direkten operativen Methoden der Behandlung von Lungentuberkulose böten, wenn diese Therapie nicht vorläufig an der Unmöglichkeit einer rechtzeitigen genauen Diagnose scheitern würde, vor allen Dingen die Pneumektomie, da sie nur bei eben beginnender, einseitiger Erkrankung erfolgreich wäre. Demgegenüber hält Verf. die Verfahren von Freund und besonders das von Friedrich für nicht empfehlenswert, da die mit ihnen erreichten Resultate sehr fraglicher Natur seien. Das Vorgehen von Forlanini empfiehlt Danes wegen seiner relativen Ungefährlichkeit und Einfachheit.

21 jähriges Mädchen, das seit 1 Jahr an unbestimmten allgemeinen Erscheinungen erkrankt war, zuletzt Husten, Auswurf und starke Abmagerung. Wegen eines apfelsinengroßen fluktuierenden, nicht schmerzhaften Tumors unterhalb der rechten Clavikel der als ein kalter Absceß nach Rippencaries gedeutet wurde, kam die Patientin in D.s Behandlung. Bei der Operation stellte sich heraus, daß es sich um eine durchgebrochene Caverne des Oberlappens handelte, die ausgekratzt und tamponiert wurde. Die Wunde heilte aus, das Befinden der Kranken hob sich bedeutend, jegliche Lungenerscheinungen gingen zurück. 4 Wochen nach der Operation 5 kg an Gewicht zugenommen. Die Heilung hielt nach 1 Jahr noch an, es entleerte sich nur zeitweise einige Tropfen Sekretes aus einer Fistelöffnung, die sich von selbst schloß. *Lazarraga.*

Herzbeutel, Herz:

Chir.Kong. **Rehn, E., Experimente zur Physiologie und Pathologie des Pericards aus seinem Laboratorium.**

Resektion desselben wird ohne Schaden vertragen. Resorption von Kristalloiden erfolgt genau wie aus der Subcutis. Geformte Bestandteile — Tuschepartikel und Bakterien — wandern durch die Lymphwege des Mediastinums, welches überhaupt ein Sammelbecken für die Brustorgane darstellt. Daher wird es auch samt seinen Drüsen von der bakteriellen Entzündung der genannten Organe ergriffen, im Gegensatz zu der herrschenden Lehrmeinung. Pericarditis mit Adhäsionen wurde erzielt durch Injektion von Jodtinktur und Aleuronat, aber auch von Olivenöl; durch (Jodipin und) Sesamöl kann diesen Adhäsionen vorgebeugt werden. Das Picksche Syndrom, Cirrhose bei Pericarditis konnte experimentell reproduziert werden, es erklärt sich durch Einbeziehung der Cava inferior in die Verwachsungen, der Blutstrom geht durch die Azygos, und nur im Pfortadersystem kommt es zur gleichen Stauung. *Katzenstein.*

Mittelfell:

Masson, P., Tératome du médiastin. (Mediastinalteratom.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris **88**, S. 100—101. 1913.

28jähriger Mann wurde unter den Erscheinungen eines rechtsseitigen Pleuraempyems aufgenommen und operiert. Rippenresektion. Die dicke Schwarte wurde für Pleura parietalis gehalten. Nach der Sucision entleerte sich massenhaft dicker Eiter mit krümeligen weißlichen Massen. Nach 14 Tagen Exitus. Bei der Sektion fand sich eine große vielkammerige Cyste, die fast die ganze Pleurahöhle ausfüllte und die r. Lunge auf $^1/_5$ ihrer Volumens zusammengedrückt hatte. In der Cyste waren zum Teil gestielte Tumoren und feine Haare. Es handelte sich um ein Teratom, in dem fast alle Gewebsarten vertreten waren. Besonders hervorgehoben wird dies Überwiegen von Trachealcysten und Elementen des Cerebrospinalsystems.

Kleinschmidt (Leipzig).

Bauch und Becken.

Allgemeines:

Reuss, Hernia diaphragmatica oder einseitiger Zwerchfellhochstand? (*Herzogl. Krankenh., Braunschweig.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 16, S. 743—744. 1913.

Genaue Schilderung eines Falles der von Hildebrandt und Hess zuerst beschriebenen Form von einseitigem Zwerchfellhochstand links, der vielleicht in geringem Grade schon früher latent bestand, durch einen Unfall mit heftigem Druck auf die Baucheingeweide so verschlimmert worden ist, daß er krankhafte Erscheinungen, besonders von seiten des Herzens machte. Wichtigkeit dieses Falles für die Unfallbegutachtung und Differentialdiagnose gegen die Hernia diaphragmatica. *Kaerger* (Berlin).

Brunn, v., Über den Wert des Peristaltins für die Nachbehandlung Bauchoperierter. (Vereinig. nordwestdeutsch. Chirurg. 13. Tag. Hamburg 13. I. 1913.) Zentralbl. f.Chirurg. **40,** S. 431—433. 1913.

Peristaltin, aus der Rinde von Rhamnus Purshiana hergestellt, wird als ein Mittel zur schnellen und schmerzlosen Wiederherstellung der Darmperistaltik, insbesondere als Prophylakticum im Anschluß an Bauchoperationen empfohlen. Dosis 1,5 g subcutan, nach Bedarf Wiederholung in Pausen von 10—12 Stunden. *Kindl* (Prag).

Hirsch, I. S., The diagnosis of foreign bodies in the alimentary and respiratory tracts of children. (Die Diagnose von Fremdkörpern im Verdauungs- und Respirationstraktus von Kindern.) Americ. journal of surg. **27,** S. 1 bis 15 u. 59—69. 1913.

Die Diagnose bietet oft außerordentliche Schwierigkeiten, da die Krankengeschichten meist unsicher und irreführend sind, die ersten Symptome leicht als unwichtig betrachtet oder ganz übersehen werden und Fremdkörper im Verdauungs- und Respirationstraktus lange Zeit reaktionslos verweilen können. Man klassifiziert anorganische (Münzen, Knöpfe, Steine, Nägel, Nadeln, Glas usw.) und organische Fremdkörper; von letzteren finden sich animalische (Knochen) und vegetabilische, darunter solche, die quellen (Linsen, Erbsen). Die Symptome werden in primäre und sekundäre eingeteilt, zwischen beiden besteht eine Ruheperiode von wechselnder Dauer.

Die Initialsymptome bei Fremdkörpern im Oesophagus können ganz gering sein, aber auch in schweren Erstickungsanfällen bestehen. 3 Prädilektionsstellen für Fremdkörper werden beschrieben, da, wo eine physiologische Enge der Speiseröhre besteht. 1. In Höhe des VI. Halswirbels, 2. in Höhe des IV. Brustwirbels (Kreuzungsstelle mit dem Bronchus, 3. an der Kardia. In der Mehrzahl der Fälle ist die Sondenuntersuchung quoad diagnosim nutzlos, da sie trotz des Fremdkörpers glatt passiert. Fremdkörper können bis zu 4 Jahren symptomlos im Oesophagus verweilen. Die Sekundärsymptome beim Sitz in der Mitte der Speiseröhre führen oft zu letalemEnde durch Durchbruch in Trachea, Pleura, Mediastinum oder Aorta. Auch im Magen können Fremdkörper jahrelang retiniert werden, ohne Erscheinungen zu machen. Je länger der Aufenthalt im Magen, desto schwieriger die Passage durch den Pylorus. Häufig erfolgt noch Entleerung durch Erbrechen. Perforation auch spitzer Gegenstände durch die Magenwand ist selten. Im Darm finden sich Hindernisse für den Durchgang nur im Duodenum und an der Valvula ileocoecalis. An letzterer Stelle kann eine lange symptomlose Retention stattfinden. Perforation oder Drucknekrose an dieser Stelle wird aber beobachtet, die zu lokaler oder gar diffuser Peritonitis führen kann. Die Rolle der Appendix wird überschätzt, hauptsächlich ist sie bei Kindern sehr selten der Fundort von Fremdkörpern. Ein Minimum von Gefahren bildet der Durchgang durch das Rectum. Fremdkörper im Larynx machen sehr wechselnde Anfangssymptome, von leichter Heiserkeit bis zu Erstickungsanfällen und Tod durch Glottisödem. In 60% der Fälle werden Fremdkörper, wenn nicht vorher entfernt, bald spontan ausgestoßen, eventuell mit Eiterentleerung nach erfolgter Abscedierung. Im Gegensatz zum Larynx zeigt die Trachea lange Toleranz. Die Erscheinungen und Folgen von Fremdkörpern in den Bronchien sind abhängig von dem durch die Verengerung bedingten Luftausfall. Der vollständige Verschluß eines Hauptbronchus hat den Tod zur Folge. Dabei zeigt sich im akuten Stadium anhaltendes Erbrechen und Aushusten blutiger Massen. Ein Fremdkörper kann von einem Bronchus in den anderen oder in die Trachea geschleudert werden, und von da mit einer Schluckbewegung in den Oesophagus gelangen. Die sekundäre Symptome sind Bronchopneumonie, Absceß der Gangrän der Lunge, ev. Pneumothorax und Pyopneumothorax.

Wenn wir auch in der Tracheoskopie, Bronchoskopie und Oesophagoskopie wertvolle Hilfsmittel für die Erkennung von Fremdkörpern besitzen, so bleibt doch die Röntgenuntersuchung die souveräne Methode, wenngleich auch ihr Grenzen gesetzt sind. Stets ist der ganze Körper, wenn nötig in verschiedenen Ebenen zu radiographieren. Zahlreiche Krankengeschichten und Röntgenaufnahmen sind zur Illustration den Ausführungen Hirschs beigefügt. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).

Möller, Poul, Galdestensileus. (Gallensteinileus.) Hospitalstidende Bd. **6,** Nr. 12, S. 297—310, Nr. 13, S. 334—348, Nr. 14, S. 367—371. 1913. (Dänisch.)

Verf. berichtet über 22 Fälle von Gallensteinileus, von welchen 20 operiert wurden. Von den operierten sind nur 3 geheilt. *Permin* (Kopenhagen).

Floderus, Björn, Om den primära mesenterialkörteltuberkulosen ur kirurgisk synpunkt. (Die primäre Mesenterialdrüsentuberkulose vom chirurgischen

Gesichtspunkt.) Allmänna Svenska Läkaretidningen **10**, S. 233—245. 1913. (Schwedisch.)

Vortrag in der Gesellschaft der schwedischen Ärzte am 19. November 1912, der ein Résumé der größeren Abhandlung des Verf. mit demselben Titel liefert, welche 1912 auf deutsch im Nord. Med. Archiv erschienen ist. *Giertz* (Umeå, Schweden).

Bauchfell:

Kamver, B. J., De peritoneale wondbehandeling. (Die peritoneale Wundbehandlung.) Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie. Jg. 22, Nr. 3/4, S. 137—157. 1913. (Niederländisch.)

Levin, Ernst, Über Cholocele (Gallenbruch). (*Städt. Krankenh., Friedrichshain, Berlin.*) Med. Klinik **9**, S .531—534. 1913.

Unter Cholocele, Gallenbruch versteht Verf. nach der Definition L. Picks eine im Peritonealsack liegende, abgekapselte Ansammlung nichtinfizierter galliger Flüssigkeit. Verf. berichtet über 2 Fälle. Im 1. Fall verursachte ein Pyloruscarcinom eine Stenose des Choledochus, die starke Erweiterung der extra- und intrahepatischen Gallenwege nebst Gallenansammlung in ihnen aber ohne Infektion zur Folge hatte. Durch Platzen von 2 der erweiterten Gallengänge im rechten Leberlappen erfolgte ein Erguß der nicht infizierten Galle in den Bauchfellsack unter Abkapselung. Diese Gallenansammlung vergrößerte sich und wurde zu einer 2 Liter Galle führenden Cholocele. Im 2. Fall bestand chronische Cholelithiasis mit Koliken. Die großen Gallengänge waren erweitert; bei den verschiedenen Anfällen, bei denen Gallenstauung bestand, kam es, ohne Perforation der Gallenwege, durch Gallendiffusion zur Bildung von 3 verschiedenen Abkapselungen von Gallenflüssigkeit, also zu multipler Cholecelebildung. Die Cholocele kann also entstehen durch Perforation von intra- oder extrahepatischen Gallengängen oder aber auch durch bloße Gallendiffusion und Erguß nichtinfizierter Galle in den Bauchfellsack entweder in schon bestehende Adhäsionen, oder unter nachfolgender Abkapselung. *Unter Ecker* (Karlsruhe).

Hernien:

Garmo, William B. de, A few suggestions regarding the cure of hernia. (Einige Winke bei der Behandlung der Hernien.) (Transact. of the clin. soc. of the New York post-graduate school a. hosp., meet. of dec., 20., 1912.) Post-graduate **28**, S. 135—142. 1913.

Cartolari, Enrico, Contributo allo studio dell'ernia ventrale laterale. (Beitrag zum Studium der seitlichen Bauchhernien.) (*Osp. civ. Verona.*) Gaz. internaz. di med., chirurg. ig. S. 250—253. 1913.

Als seitlichen Bauchbruch bezeichnet Verf. jede zwischen Rippenbogen, Beckenkamm, äußerem Rectusrand und Quadratus lumb. auftretende Hernie. Er bespricht einen selbstoperierten Fall bei einem fast 2 Jahre alten Kind, bei dem ein solcher Bruch infolge Atrophie der Muskeln und Aponeurosen der seitlichen Bauchwand aufgetreten war. Es bestand trotz der 3 Querfingerbreiten Bruchpforte keine eigentliche Lücke in der Muskulatur, sondern diese wies nur dünne, blaß-atrophische Fasern auf. Auf Grund dieses Befundes glaubt Verf., daß es sich in den meisten Fällen von seitlicher Bauchhernie um eine Aplasie der Muskulatur handle als Überbleibsel einer alten überstandenen Poliomyelitis ant. Das Fehlen von Lähmungserscheinungen an den Extremitäten spricht nicht gegen diese Auffassung, da diese bekanntlich sich völlig zurückbilden können. *Burk* (Stuttgart).

Santini, Carlo, Nuovo metodo di plastica aponevrotica per la cura delle ernie inguinali dirette. (Neue plastisch-aponeurotische Methode zur Heilung des direkten Leistenbruchs.) (*Istit. di clin. chirurg. univ., Bologna.*) Bull. delle scienze med. **84**, S. 201—204. 1913.

Verf. wendet für die Radikaloperation des inneren Leistenbruchs folgende von ihm erdachte und hauptsächlich auf der Verstärkung der hinteren Wand beruhende Methode an.

1. Schnitt durch Haut und Fett von der Spina anterior superior bis zur Schamfuge. 2. Schnitt durch die Aponeurose des M. obliquus externus über dem Leistenkanal entsprechend der Ausdehnung zwischen inneren und äußeren Leistenring. 3. Emporheben des Samenstrangs

und Eröffnung der Fascia transversalis mit nachfolgender Unterbindung und Abtragung des Bruchsackes. 4. Bildung eines gestielten ovalen Lappens aus dem Teil der Aponeurose des M. obliquus externus, welcher oberhalb des unter 2 angegebenen durchschnittenen Teils der Aponeurose liegt. Der Stiel des Lappens befindet sich neben dem unter 2 genannten Schnitte. 5. Herunterschlagen des Lappens nach unten auf die Bruchpforte und Annähen mit Seidenfäden an die Fascia transversalis. 6. Hierüber Annähen des M. rectus an das Lig. Poppartii nach Bassini. 7. Rückverlagerung des Samenstrangs hierüber und Naht der Haut. Verf. hat 2 Fälle von direkter Leistenhernie in der angegebenen Weise mit Erfolg operiert. *Herhold* (Hannover).

Étienne et Aimes, Trois cas de hernie étranglée chez le nourrisson, la question de l'appendicectomie. (3 Fälle von eingeklemmtem Bruch beim Säugling, die Frage der Entfernung des Wurmfortsatzes.) (Soc. des scienc. méd. de Montpellier, séance 7. II. 1913.) Montpellier méd. **36,** S. 244—246. 1913.

Krankengeschichten von 3 Säuglingen mit rechtsseitigem, eingeklemmtem Leistenbruch im Alter von 3, 10 und 18 Monaten. — Die Einklemmung bestand in den ersten beiden Fällen nur einige Stunden, während sie im letzten 4 Tage gedauert hatte; eine Resektion des Darmes war in keinem Falle notwendig. 2mal fand sich der Wurmfortsatz im Bruchsack; bei dem Kinde von 18 Monaten wurde wegen der 4 Tage alten Einklemmung und des schlechten Allgemeinzustandes auf die Entfernung des Wurmfortsatzes verzichtet, während sie bei dem 3 Monate alten Kinde vorgenommen wurde. — Dieses Kind starb an einer Bronchopneumonie; trotzdem Rat zur Appendicektomie bei kräftigen Kindern und frischer Einklemmung, Vorschlag, die Gefahren der postoperativen Bronchopneumonie durch die Lokalanästhesie zu vermeiden. *Kaerger* (Berlin).

Magen, Dünndarm:

Unger, E., Über totale Entfernung des Magens. (Berliner Ges. f. Chirurg., Sitz. v. 10. u. 24. II. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. **14,** S. 515–517. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. 1, H. 12, S. 595.

Karplus und Ury, Ein Fall von doppelter Stenose des Magens. Allg. med. Zentral-Zeit. Jg. **82,** Nr. 15, S. 175—176. 1913.

Verf. berichtet über einen, durch ein altes vernarbtes Ulcus ca. in der Mitte entstandenen Sanduhrmagen, bei dem sich, schon vor der Operation röntgenologisch nachgewiesen, auch noch eine hochgradige Pylorusstenose fand, die durch einen stark verengenden, kallösen Ulcustumor bedingt war. Der untere Sack samt Stenosen wurde reseziert und der obere Abschnitt mit dem Duodenum vereinigt, worauf sich die 40jähr. Pat. rasch erholte; zurück blieb ein hochgradig atonischer Magen, der schlecht verdaute und weder Salzsäure noch Fermente enthielt. *Rupp* (Chemnitz).

Neudörfer, A., Über Pylorospasmus und Ulcus ventriculi. (*Kais. Elisabeth-Krankenh., Hohenems.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 760—761. 1913.

In einer Übersicht über 120 in den letzten 5 Jahren operierte Fälle von Ulcus ventriculi stellt Neudörfer fest, daß das Haudeksche Zeichen (6-Stundenrest im Magen) nicht ausnahmslos für alle Magengeschwüre gilt. In Übereinstimmung mit v. Bergmann hält N. die Ulcera der kleinen Kurvatur im Gegensatz zu denen an der Vorder- und Hinterwand besonders für geneigt, Pylorospasmus hervorzurufen. N. beschreibt dann einen Fall von Pylorospasmus, bei dem die Symptome und der lokale operative Befund außer dem kallösen Ulcus der kleinen Kurvatur in dem rigiden, stenosierten Pylorus ein Carcinom vermuten ließen, während das (nach Kocher resezierte) aufgeschnittene Präparat und die mikroskopische Untersuchung keine Spur von Carcinom oder Ulcus zeigte. Das Geschwür der kleinen Kurvatur heilte danach aus, woraus N. den Schluß zieht, daß die Beseitigung des Pylorospasmus und nicht der veränderte Chemismus, wie er durch die Gastroenterostomie erreicht wird, die Heilung der Ulcera verursacht. *Thiemann* (Jena).

Klopfer, E., Ein Fall von Ulcus pylori perforativum. Petersb. med. Wochenschr. **38,** H. 5, S. 60. 1913.

In dem Obuchow-Hospital für Männer in Petersburg wurden im Zeitraum 1904—1912 50 perforierte Magen- und Duodenalgeschwüre operiert und 10% (5 : 45) Heilungen erzielt. Die Operation bestand im Fall Klopfers in Vernähung der Perforationsstelle und Gastroenterostomia retrocolica posterior mit Murphyknopf. Im Obuchow-Hospital wird in den genannten Fällen der primären Gastroenterostomie der Vorzug vor der Resektion der erkrankten

Partie gegeben, da es sich größtenteils um zu stark mitgenommene Patienten handelt. Der K.sche Fall wurde 5 Stunden nach stattgefundener Perforation operiert und geheilt. Für die Nachbehandlung rühmt K. die Fowlersche (halbsitzende) Lage und die permanenten Tropfklysmen zur physiologischen Kochsalzlösung nach Murphy. *Holbeck* (Dorpat).

Rossi, Baldo, La gastroenteroanastomosi e l'esclusione pilorica nella cura dell' ulcera gastrica con stenosi del piloro. Presentazione di sei operati. (Gastroenterostomie mit Pylorusausschaltung zur Behandlung stenosierender Ulcera pylori des Magens.) (*Osp. magg., Milano.*) Morgagni **55**, S. 289—301. 1913.

Verf. bespricht an der Hand von 6 selbstoperierten Fällen die genannte Operationsmethode, der er vor der zirkulären Resektion die leichtere Technik zuspricht und den Vorzug, in gesunden vom Peritoneum allseitig bedeckten Magenpartien sich abzuspielen. Weitere Vorzüge der Methode sind völlige Ruhigstellung des erkrankten Magenteiles und Behebung der Hyperacidität des Magensaftes durch den in den Magen durch die Gastroenterostomieöffnung einfließenden Gallen- und Pankreassaft. Betreffs der Technik bemerkt Verf., daß er sowohl den oralen wie den aboralen Magenstumpf blind schließt und eine Gastroenterostomie nach v. Hacker hinzufügt. Zum Verschluß des Magens verwendet Verf. zwei von ihm selbst erfundene Zangen, deren Details im Original nachgelesen werden müssen. Diejenige, welcher er selbst den Vorzug gibt, gleicht der Graserschen Zange mit dem Unterschied, daß eine Hälfte der Zangenbranchen in der Längsrichtung beweglich ist, so daß die durchgreifende fortlaufende Naht „überwendlings" rascher und sicherer angelegt werden kann. Darüber kommt eine sero-seröse Einstülpungsnaht. Am aboralen Magenstumpf legt Verf. 2 Klammern dicht nebeneinander an, inzidiert zwischen ihnen, um von beiden Seiten her eine doppelte durchgreifende Überwendlingsnaht mit darüber gelegter sero-seröser Einstülpungsnaht zu legen. Die Erfolge der besprochenen Operationsmethode sind raschere und vollkommenere als bei der einfachen Gastroenterostomie. Erscheinungen von Circulus vitiosus oder Erbrechen wurden nicht beobachtet. *Burk* (Stuttgart).

Pletnew, D., Über die Behandlung einiger Magenkrankheiten mit Atropin. Med. Rundschau **79**, S. 205—215. 1913. (Russisch.)

Günstige Resultate bei 28 mit Atropin behandelten Kranken veranlassen Pletnew, diese Therapie warm zu empfehlen. In allen Fällen von Hypersekretion und Motilitätsanomalien, auch bei Ulcus ventriculi, funktionellem Sanduhrmagen und Pylorusspasmus wirkt Atropin schmerzstillend und normierend auf die Sekretion. Von 7 Patienten wird die Krankengeschichte ausführlich mitgeteilt. *v. Reyher.*

Hertz, Arthur F., The cause and treatment of certain unfavourable aftereffects of gastro-enterostomy. (Ursache und Behandlung gewisser ungünstiger Folgen nach Gastroenterostomie.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 5. Surg. sect., S. 155—160. 1913.

Verf. weist auf 2 Arten von Störungen der Magenentleerung hin, die er wiederholt nach Gastroenterostomie bei Pylorusverschluß beobachtet hat. Die eine beruht auf zu schneller Entleerung des hypertonischen Magens durch die Anastomose. In extremen Fällen läßt sich röntgenologisch feststellen, daß die Ingesta schon $^1/_2$—1 Stunde nach der Aufnahme den Magen verlassen haben. Als charakteristische Symptome treten nach den Mahlzeiten auf Völlegefühl unterhalb der Magengegend infolge starker Füllung des abführenden Iciemumteils und Diarrhöen infolge des reflektorischen Reizes, den die ungenügend vorverdauten Speisen auf die Peristaltik ausüben. Verminderung der Quantität der Nahrung und sehr langsames Essen verringern die Beschwerden. Therapeutisch empfiehlt Verf. Rücken- oder Seitenlage nach der Mahlzeit, daneben Pankreas- und Belladonnapräparate. Prophylaktisch soll man Gastroenterostomien nicht zu breit anlegen. — Die zweite Form von Störungen äußert sich in dauernd ungenügender Magenentleerung nach Anlegung der Gastroenterostomie. Sie findet sich bei extremer atonischer Magendilatation und beruht darauf, daß in aufrechter Haltung der Eingang zur Anastomose höher liegt als das Niveau des Speisebreies im Magen. Rückenlage nach den Mahlzeiten, ev. eine stützende Bauchbandage führen zur Heilung. *Joseph* (Berlin).

Schmidt, Walther, Das Ulcus rotundum duodeni im ersten Lebensjahr. (*Pathol. Inst., Univ., Breslau.*) Berl. klin. Wochenschr. **50**, S. 593—596. 1913.

Verf. bespricht an der Hand von 20 Fällen von Ulcus duodeni im ersten Lebens-

jahr die Ätiologie, den Krankheitsverlauf und die pathologische Anatomie dieser Erkrankung. Das Ulcus rotundum duodeni ist im ersten Lebensjahr häufiger als später, nach der Statistik des Verf. in 1,8% der zur Sektion kommenden Fälle. Nicht nur Pädatrophie, sondern jede Erkrankung des Kindes, die mit einer starken Schwächung des gesamten Organismus einhergeht, besonders langwierige Eiterungen, Rachitis, Nephritis usw. begünstigen das Auftreten des Leidens bei Säuglingen.

Stammler (Hamburg).

Allard, Ed., Zur Diagnose des Ulcus duodeni. (*Marienkrankenh., Hamburg.*) Med. Klinik 9, S. 523—526. 1913.

Verf. bespricht zunächst die Schwierigkeit der Diagnose des Ulcus duodeni, geht dann auf die einzelnen Symptome näher ein: Charakteristisch ist der einige Stunden nach der Mahlzeit auftretende Schmerz (auch als Hungerschmerz, besonders als nächtlicher Hungerschmerz auftretend). Er ist außerordentlich intensiv im Gegensatz zu den Schmerzen bei der einfachen Hyperacidität des Magens. Die Schmerzanfälle treten periodisch auf, nur sehr selten von Erbrechen begleitet. Von objektiven Symptomen läßt sich verwerten der Druckschmerz in der Regio epigastrica rechts von der Mittellinie, die von Albu beschriebene intermittierende, d. h. nur in den Perioden der Schmerzattacken nachweisbare motorische Insuffizienz des Magens, durch den Pylorospasmus hervorgerufen, ferner occulte Blutungen, welche vom Verf. in einigen mitgeteilten Fällen mittels des Ölprobefrühstückes, nach dessen Eingabe Pankreassaft und damit überhaupt Duodenalinhalt in den Magen zurückströmt, nachgewiesen und für die Diagnose des Duodenalgeschwürs verwertet werden konnten. In dem gewonnenen Saft war chemisch Blut nachzuweisen. Von Wichtigkeit ist weiterhin die Röntgenuntersuchung, wobei die Form und Lage des Magens, die Art und Schnelligkeit seiner Entleerung, der Wismutschatten im Duodenum oft diagnostische Schlüsse gestattet. — Im ganzen ist zu sagen, daß „dem Ulcus duodeni eine charakteristische und typische Symptomatik noch fehlt, da die bisher anerkannte Symptomengruppe sowohl fehlen als auch völlig irreführen kann."

Oehler (Freiburg i. B.)

Corner, Edred M., Inferences on modern treatment drawn from histories of patients who have recovered from the perforation of a gastric or duodenal pyloric ulcer. (Schlußfolgerungen über moderne Behandlung, gezogen aus Krankheitsgeschichten von Patienten, die eine Magen- oder Duodenalperforation überstanden haben.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. 6, Nr. 5. Surg. sect., S. 164—177. 1913.

Corner hat 40 ehemalige Patienten des St. Thomas's Hospital nachuntersucht, welche wegen eines perforierten Magen- oder Duodenalulcus operiert worden waren. 33% von diesen waren völlig geheilt, 67% nur unvollkommen. Er wendet sich auf Grund seiner Untersuchungsresultate gegen die primäre Gastroenterostomie und empfiehlt die sekundäre, die 3 bis 6 Monate nach der Operation wegen des perforierten Geschwürs vorgenommen werden soll und zwar aus folgenden Gründen: 1. In etwa 50% der Fälle ist eine Gastroenterostomie überhaupt nicht nötig, weil das Geschwür in der kardialen Hälfte des Magens sitzt. Von den Patienten mit Geschwüren im pylorischen Teile des Magens wird auch eine Anzahl ohne weiteren Eingriff gesund. 2. Die nicht selten nach der Operation eines perforierten Magen- oder Duodenalgeschwürs auftretende Dyspepsie geht auf innere Behandlung zurück. 3. Die Gastroenterostomie, einerlei, ob sie primär oder sekundär gemacht wird, ist nur dann wirksam, wenn ein Pylorusverschluß besteht. Ist dieser nicht schon vorhanden, so muß er nach der Gastroenterostomie gemacht werden. C. legt zu diesem Zwecke eine Seidenligatur um den Pylorus, die er genügend fest zuzieht. Er gibt der Gatroenterostomie posterior nach Roux den Vorzug. Wenn diese nicht ausführbar ist, macht er eine Gastroenterostomie mit Braunscher Enteroanastomose und legt

eine Ligatur, die nicht fest zugezogen wird, um den zuführenden Darmschenkel, um einen Circulus vitiosus nach Möglichkeit zu vermeiden. Für die Fälle, wo eine Naht des perforierten Geschwürs nicht gelingt, weil die Fäden durchschneiden, empfiehlt C. die Isolierung der Perforation durch Tamponade mit Gaze oder Netz. Abgesehen von Becken- und subphrenischen Abscessen schließen sich zuweilen subakute oder chronische Peritonitiden und Adhäsionen an die Operation eines perforierten Ulcus an, wie C. durch Beispiele nachweist. Bauchbrüche sind nicht selten nach der Operation. Wenn zwei Incisionen gemacht wurden, je eine in der Ober- und Unterbauchgegend, so treten Brüche häufiger bei jenen auf und werden auch größer als die in der Unterbauchgegend. Trotzdem machen sie nur wenig Beschwerden. Sind solche vorhanden, so muß nach anderen Ursachen für sie geforscht werden. In einem derartigen Falle fand sich eine Magendilatation mit Pylorusstenose und die Beschwerden gingen nach der Gastroenterostomie völlig zurück, trotzdem die Hernia ventralis fortbestand. Häufig bleiben neurasthenische Erscheinungen lange nach der Operation eines perforierten Ulcus zurück, auch wenn primär die Gastroenterostomie gemacht worden war. *Brentano* (Berlin).

Chir.Kong. **Friedrich** bespricht Pankreas-Affektionen (ungewöhnlich große Steinbildung, Pancreatitis) und seltenere Affektionen des Duodenums (Carcinom, Polyposis, Divertikelbildung) in ihrer Bedeutung für die Differentialdiagnose des Ulcus duodeni, auf Grund von 16 Fällen eigener Beobachtung. (An der Königsberger Klinik kamen in dem Zeitraum von $1^1/_2$ Jahren auf 193 Magen- und Duodenaloperationen nur 5 Ulcera duodeni und 2 Ca duodeni.) Aus den Anamnesen seiner Fälle von Duodenalulcus ist immer die lange Dauer des vorausgegangenen Krankseins, fast ausnahmslos als „Magen"-Leiden bezeichnet, durchschnittlich häufiger als sonst berichtet, Erbrechen, fast regelmäßig nächtlicher Schmerz, hin und wieder die selbst beobachtete Abmagerung entgegengetreten. Stenosenerscheinungen und Blutbrechen fanden sich namentlich beim Duodenalcarcinom; bluthaltige Stühle auch beim Duodenalulcus. Das Symptom des „Hungerschmerzes" trat ihm beim Ulcus nur vereinzelt entgegen, das der Duodenalblähung wurde häufiger bei gleichzeitigen oder isolierten Affektionen des Pankreas (Pankreatitis, Pankreasstein, Pankreasdermoid) beobachtet. Unter 14 Fällen von Ulcus und Carcinom des Duodenum fand sich sechsmal, und zwar dreimal bei Ulcus, eine Mitbeteiligung des Pankreas. Friedrich teilt Einzelheiten dahingehörender Befunde mit. Die von ihm beobachteten 6 Carcinome des Duodenums gingen in 2 Fällen mit lebenbedrohender Rückwirkung auf Choledochus (Melanicterus, Pankreasnekrose) und Pancreaticus einher. Außerdem berichtet F. über 2 Fälle, wo ein großes Divertikel des Duodenums hart an der Choledochusmündung bzw. ein ungewöhnlich großer (3,9×3 cm) Pankreasstein tödliche Komplikationen herbeiführten. Selbstbericht.

Chir.Kong. **v. Haberer, Zur Frage des Ulcus pepticum jejuni.**

v. H. bespricht an der Hand von drei, mit sehr gutem Erfolge operierten Fällen von Ulcus pepticum jejuni nach Gastroenterostomie diese postoperative Spätkomplikation der Gastroenterostomie. Dieselbe ist entschieden häufiger, als man annehmen möchte. Wenn es viele Chirurgen gibt, welche diese Komplikation am eigenen Material nie gesehen haben, so beweist das nicht, daß sie nicht doch auch Ulcera peptica jejuni nach ihren Gastroenterostomien hatten! Viele dieser Patienten gehen nämlich nicht mehr zu dem Chirurgen zurück, der bei ihnen die Gastroenterostomie ausgeführt hat, sondern wenden sich einem zweiten Chirurgen zu, weil sie durch die Operation des ersten nicht die gesuchte Hilfe fanden. So hatte v. Haberer im ganzen fünfmal Gelegenheit, bei Ulcus pepticum postoperativum zu intervenieren, äwhrend nur 2 Fälle auch primär von ihm operiert waren. Man muß strenge zwischen dem Ulcus am Gastroenterostomiering und dem Ulcus pepticum jejuni unterscheiden, da manche Erklärung, die für das erstere ausreichen mag (Nekrosen im Bereiche der Schleimhautnaht, kleine Nahtabscesse im Schleimhautring usw.), für das Ulcus pepticum jejuni nicht ausreicht. Zudem werden bestimmt manche sekundäre Veränderun-

gen des Gastroenterostomieringes ganz fälschlich einem Ulcus pepticum jejuni in die Schuhe geschoben! Hierher gehören viele von den sekundären Verengerungen des Gastroenterostomieringes, wie sie z. B. nach Knopfanastomosen oder nach Anastomosen mit Naht auftreten, wobei die Anastomose im Verhältnis zur Wandhypertrophie des Magens von vorn herein zu klein angelegt war. v. Haberer hat im letzten Jahre drei solcher Fälle zu operieren Gelegenheit gehabt, in welchen es sich um einfache Verengerungen von Gastroenterostomiefisteln handelte, bei welchen jede Spur von irgendwelchen frischeren oder älteren Entzündungserscheinungen fehlte. Bedenkt man nun die allgemein anerkannte Hartnäckigkeit und Torpidität des Ulcus pepticum postoperativum, so ist man angesichts vollständig negativer Befunde am Gastroenterostomiering wohl nicht berechtigt, von einem abgelaufenen Ulcus pepticum zu sprechen. Diese Fälle gehören vielmehr in die Fragen der Technik, womit natürlich nicht gesagt sein soll, daß ein Ulcus pepticum nicht auch zur Verengerung der Gastroenterostomie führen kann. Aber man wird dann, wenn schon nicht mehr das frische Ulcus, so doch die Residuen eines Ulcus am herausgeschnittenen Anastomosenring finden. *Über die letzte Ursache des Ulcus pepticum jejuni wissen wir nichts Sicheres,* sondern sind diesbezüglich mehr minder auf Hypothesen angewiesen. *Sicher ist bloß, daß der Hyperacidität des Magensaftes dabei eine ausschlaggebende Bedeutung zukommt.*

Die drei von v. Haberer operierten Fälle von Ulcus pepticum jejuni betrafen Männer von 29, 30 und 36 Jahren, welche laut Anamnese (alle drei) jahrelang an typischen, und zwar schweren Symptomen von Magenulcus litten, ehe sie in chirurgische Behandlung kamen. In allen drei Fällen wurde bei der Operation ein Ulcus am Pylorus gefunden und deshalb die Gastroenterostomie ausgeführt. Die Operation war in allen drei Fällen von anderen Operateuren ausgeführt worden, doch konnte ermittelt werden, daß jedesmal eine Gastroenterostomia retrocolica posterior mit kürzester Schlinge angelegt worden war. Nur ein Patient fühlte sich zunächst wohl, bekam aber nach $^3/_4$ Jahren wieder starke Magenbeschwerden. Die beiden übrigen Patienten waren trotz der Gastroenterostomie nicht beschwerdefrei geworden, sondern blieben ungebessert. Der eine von ihnen kam nach einem Jahre wegen zunehmender Beschwerden zu v. Haberer. Die Diagnose konnte mit großer Wahrscheinlichkeit auf Ulcus pepticum jejuni gestellt werden. Bei der Laparotomie fand sich bei vollständig zartem Gastroenteros tomiering ein Ulcus pepticum jejuni, genau gegenüber der Gastroenterostomie. Das Ulcus war im Begriffe zu perforieren, so daß nur seine Resektion in Frage kommen konnte. Diese war durch die Gastroenterostomie mit kurzer Schlinge sehr kompliziert, weil dadurch die Resektion bis hart an die Duodenojejunalgrenze heranging, was die folgende Versorgung dieses Darmteiles recht sehr erschwerte. Dazu kam noch die weithin reichende Infiltration im Mesenterium, welche, durch das Ulcus hervorgerufen, die anatomische Orientierung beeinträchtigte. Die Resektion mußte wegen der weit reichenden entzündlichen Infiltration den ganzen pylorischen Magenabschnitt inklusive Gastroenterostomiefistel und die zur Gastroenterostomie verwendete erste Jejunumschlinge umfassen. Dabei konnte nun allerdings auch das alte Pylorusgeschwür entfernt werden. Die Versorgung wurde in der Weise ausgeführt, daß kardialer Magenbürzel und Duodenum blind vernäht wurden, während von den beiden Darmlumina das unmittelbar dem Duodenum benachbarte End-zu-Seit in das Jejunum, das Lumen des Jejunum End-zu-Seit in den Magen zwecks Herstellung einer neuen Gastroenterostomie eingepflanzt wurde, so daß jetzt eine Gastroenterostomie nach der Y-Methode resultierte. Glatte Heilung, Patient seither drei Monate vollständig beschwerdefrei.

Der zweite Patient, 30 Jahre alt, war wegen Ulcus Pylori gastroenterostomiert worden, und nachher $^3/_4$ Jahre beschwerdefrei gewesen. Dann wieder starke Beschwerden. Diagnose Ulcus pepticum jejuni, v. Haberer laparotomierte, fand das Ulcus am Pylorus vernarbt, Gastroenterostomie zart, aber ihr genau gegenüber im Jejunum am Mesenterialansatz ein ins Mesenterium penetrierendes Ulcus pepticum, das auch mit dem Kolon und Mesocolon transversum bereits innig verwachsen war. Am Magen konnte sich v. Haberer in diesem Fall mit der partiellen Resektion begnügen, da das Pylorusulcus wie gesagt, bereits vernarbt war. Hingegen mußte außer der zur Gastroenterostomie verwendeten Jejunumschlinge, die das Ulcus pepticum trug, auch noch ein großes Stück des Colon transversum reseziert werden. Versorgung von Magen und Dünndarmlumina in ähnlicher Weise wie im ersten Fall, die Colonstümpfe werden blind vernäht, und dann eine seitliche Coloncolostomie hinzugefügt. Glatte Heilung, Patient seither zwei Monate vollständig beschwerdefrei.

Der dritte Patient hat insofern die komplizierteste Krankengeschichte, als er bereits 1905 wegen eines blutenden Ulcus pylori gastroenterostomiert worden war. Die Anastomose, mit Knopf ausgeführt, hatte sich verengert, der Patient seine alten Beschwerden behalten. Das

Ulcus blieb offen. Oktober 1911 zum ersten Male von v. Haberer laparotomiert. Schweres kallöses Ulcus am Pylorus, starke Stenose, Gastroenterostomie hochgradigst verengert, aber ihr Ring ganz zart. Ablösung der Schlinge und neue hintere Gastroenterostomie mit kürzester Schlinge. Zunächst glänzende Erholung, seit Mai 1912 wieder starke Beschwerden und Blutung. Februar 1912 unter Diagnose eines Ulcus pepticum jejuni wieder von v. Haberer laparotomiert. Ulcus am Pylorus scheint in Ausheilung, Gastroenterostomie weit und zart, im Jejunum genau gegenüber der G. E. ein ins Mesenterium bereits perforiertes Ulcus pepticum jejuni. Resektion nur unter querer Resektion des ganzen, die Gastroenterostomie tragenden Magenabschnittes möglich. Ulcus am Pylorus bleibt unberührt, wird nach Art der unilateralen Pylorusausschaltung versorgt. Magendarmhäute genau so, wie im ersten Fall, Heilung nach kleinem Bauchdeckenabsceß. Patient seit der Operation beschwerdefrei.

Die guten Ausgänge in diesen 3 Fällen berechtigen zur Empfehlung der Radikaloperation des Ulcus pepticum jejuni in so schwer liegenden Fällen, wenngleich man ja nach einem so schweren Eingriff leider das mißliche Gefühl hat, mit dem Ulcus nicht auch die Disposition zum Rezidiv herausgeschnitten zu haben. Vielleicht hilft aber doch die beträchtliche Nervendurchschneidung bei der Resektion die Gefahr des Rezidivs herabsetzen. Für die Frage nach der Ätiologie kann aus den mitgeteilten Beobachtungen nichts Positives abgeleitet werden; immerhin ist es v. Haberer aufgefallen, daß alle 3 Patienten so lange an Ulcusbeschwerden gelitten haben, ehe sie überhaupt zur Operation kamen. Es wäre immerhin denkbar, daß bei dem bekannten Circulus vitiosus, der zwischen Ulcus und Hyperacidität besteht, dadurch auch die Disposition zum Ulcus pepticum jejuni erhöht würde. Daraus würde sich allerdings dann logischerweise die Forderung nach möglichst frühzeitiger und möglichst radikaler Operation des Magenulcus ergeben. Sehr wesentlich ist strengste, interne Nachbehandlung aller am Magen Operierter. Selbstbericht.

Carlson, Barthold, Om primär kräfta i jejunum och ileum. (Primärer Krebs des Jejunum und Ileum.) Hygiea 75, S. 125—141. 1913. (Schwedisch.)

Verf. hat die Literatur nach Schlieps Publikation vom Juli 1908 durchgenommen und zu den bis da publizierten 43 Fällen von primärem Krebs des Jejunums und Ileums noch 5 Fälle aus der Literatur und 2 Fälle aus eigener Praxis hinzufügen können. Diese 50 Fälle hat der Verf. übersichtlich tabellarisch geordnet, mit Angabe von: Autor, Alter, Geschlecht, Symptomen, klinischer Diagnose, Therapie, Ausgang, Lage und Art der Geschwulst.

Der eine von den eigenen Fällen war eine 55jährige Frau. Symptome: Erbrechen, Schmerzen in der Magengrube, Abmagerung. Klinische Diagnose: Bösartige Geschwulst im Digestionskanal nahe unter dem Ventrikel. Operation: Resektion, zirkuläre Naht. Die Geschwulst, ein Adenocarcinom, saß 12 cm unterhalb der Flexura duodenojejunalis. Es fanden sich Metastasen im Mesenterium. Die Frau starb 9 Monate nach der Operation, wahrscheinlich an allgemeinem Bauchcarcinom. Der zweite Fall war ein 61jähriger Mann, welcher an Obstipation mit Kolik und Knurren litt. Klinische Diagnose: Darmhindernis. Es fand sich im Ileum, 40 cm oberhalb des Coecums, eine ringförmige Geschwulst mit Metastasen im Mesenterium und retroperitoneal. Radikaloperation unmöglich. Enteroanastomose. 3 Monate nach der Operation an Kachexie gestorben.

Im Anschluß an seine eigenen Fälle und die aus der Literatur geholten hat der Verf. eine kurze klinische Studie über die Anatomie, Symptome und Diagnose dieser Krankheit sowie über die Therapie gemacht. Jede andere Therapie als eine chirurgische ist ausgeschlossen, und die Probelaparatomie ist bei geringster Andeutung von bösartiger Geschwulst dringend anzuraten. Die ersten Symptome sind vage, weshalb man mit der Probelaparatomie nicht zögern darf, auch wenn man mit Bestimmtheit die Diagnose Dünndarmkrebs nicht stellen kann. Wartet man, so muß man oft unter Komplikationen operieren (Metastasen und Ileus), bei denen die Operation in höchstem Grade erschwert bzw. aussichtslos wird. Von den aus der Literatur bekannten Fällen kommen die allermeisten für Radikaloperation zu spät. Unter 44 Fällen konnten 15 gar nicht operiert werden, bei 2 wurde nur Probelaparatomie vorgenommen, in 15 Fällen wurden Palliativoperationen gemacht und in nur 12 Fällen Resektionen. Die Dauerresultate sind auch nicht ermunternd. Ein Fall (v. Miculicz) lebte noch 1908, $7^1/_2$ Jahre nach der Operation, ein anderer (Schede), der 1 Jahr nach der Operation an Pneumonie starb, hatte kein Rezidiv gehabt. Bei allen übrigen, die reseziert wurden, ist der Todesfall mit der Operation in Zusammenhang zu stellen bzw. unmittelbar danach erfolgt. Bei einer Ileuskomplikation muß man, nach dem Verf., erst durch eine Palliativoperation dieselbe beseitigen, ehe man die Radikaloperation unternimmt. *Giertz* (Umeå, Schweden).

Wurmfortsatz:

Groedel, Franz M., Die röntgenologische Darstellung des Processus vermiformis. (*Hosp. z. hlg. Geist, Frankfurt a. M.*) Münch. med. Wochenschr. **60,** S. 744 bis 745. 1913.

Bei einem 7jährigen, wegen heftigen intermittierenden Leibschmerzen untersuchten Knaben zeigten Röntgen-Momentaufnahmen außer dem Zeichen einer (temporären) Ileocöcalstenose ein dem Cöcum angelagertes, langes schmales gewundenes Gebilde, das auch nach Entleerung des übrigen Darms noch bestehen blieb und als Appendix angesprochen wurde. Nach einigen Tagen fand sich bei der Operation eine leicht lösbare 15 cm lange Invagination des Ileums ins Cöcum, die Appendix 12 cm lang und mit dünnbreiigem Kot gefüllt, entzündlich gereizt. Die Kotfüllung bzw. die — selten mögliche — röntgenologische Darstellbarkeit der Appendix ist als pathologisch anzusehen. *Grashey* (München).

Cohn, Max, Der Wurmfortsatz im Röntgenbild, eine methodische Untersuchung zur Anatomie und Physiologie der Appendix. Vgl. dieses Zentralblatt Bd. I, H. 12, S. 598. [Chir.Kong.]

Hertz, Arthur F., Bastedo's sign: a new symptom of chronic appendicitis. (Das Bastedosche Phänomen, ein neues Symptom bei chronischer Appendicitis.) Lancet **184,** S. 816—817. 1913.

Die verschiedenartige Lokalisation der Schmerzen und die wechselnde Abhängigkeit derselben von den Mahlzeiten bei chronischer Appendicitis erschweren die Abgrenzung nicht nur gegen Magen-Darmerkrankungen, sondern auch gegen Erkrankungen des Gallensystems, des uropoetischen Systems und der weiblichen Genitalien. In dem von Bastedo (New York) angegebenen Phänomen, i. e. der Erzeugung von Schmerz in der rechten Unterbauchgegend bei Aufblähung des Kolons, erblickt Hertz ein pathognomonisch sicheres Zeichen, da er bei positivem Ausfall bei der später vorgenommenen Operation die Appendix stets erkrankt fand. Das Phänomen war auch positiv in Fällen, wo die spontanen Schmerzen im Epigastrium oder in der Nabelgegend lokalisiert waren. *Mendelsohn.*

Lapeyre, L.-N., Appendicite chronique et ovaires sclérokystiques. (Chronische Appendicitis und kleincystische Degeneration der Ovarien.) Arch. mens. d'obstetr. et de gynécol. **2,** S. 230—246. 1913.

Verf. sucht ätiologisch eine Verbindung herzustellen für die häufige Kombination der chronischen Appendicitis mit der kleincystischen Degeneration der Ovarien. Er glaubt, daß entweder das ganze sympathische Nervensystem des Abdomens gestört ist und so die verschiedenen Veränderungen, Enteroptose, Kolitis, interstitielle Entzündung des Uterus und der Ovarien, Hyperplasie des Appendix veranlasse. Oder eine periphere Störung im Bereich der Beckenorgane seitens Uterus, Vagina oder Appendix bewirke auf trophischem Wege die abnorme Wucherung der Eierstocksfollikel. Symptomatisch seien außer Dysmenorrhöe Lageabweichung des vergrößerten Uterus, meist Retroversion sowie die Schmerzhaftigkeit des linken Ovariums hervorzuheben. Er empfiehlt durch mediane Laparotomie in jedem Falle chronischer Appendicitis nach Resektion des Wurmfortsatzes die Ovarien zu untersuchen und bei cystischer Veränderung durch Ignipunktur bzw. einseitige Exstirpation zu behandeln, den Uterus an den verkürzten Bändern oder am Isthmus vorn aufzuhängen. Seine guten Heilresultate führt er auf rechtzeitige und vollständige Operation zurück. *Frank* (Köln).

Kaefer, N., Appendectomia subserosa. Zu dem gleichnamigen Aufsatz von Franz Derganc. (*Krankenh. „Rotes Kreuz" f. Fabrikarbeiter, Odessa.*) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 506—507. 1913.

Kaefer empfiehlt für Fälle von subseröser und versteckter retroperitonealer Lage des Wurmfortsatzes, ferner bei schweren Verwachsungen die subseröse Ausschälung der Appendix. Die von Kofmann empfohlene Zurücklassung der vom Coecum abgetrennten Appendix verwirft Verfasser. *Frangenheim* (Leipzig).

Arnaud, L., L'appendicostomie. (Appendicostomie.) Journal de chirurg. 10, S. 273—299. 1913.

Zusammenfassendes Übersichtsreferat mit Ehrenrettung der Appendix als Mittel zur Appendicostomie. Literatur der wesentlichsten Arbeiten. *zur Verth* (Kiel).

Dickdarm und Mastdarm:

Chir.Kong. **Schmieden, Zur operativen Behandlung der schweren Obstipation.**

Unter den zahlreichen, nach Ätiologie und klinischem Befund verschiedenen Formen der chronischen Obstipation bieten diejenigen eine günstige Prognose, bei welchen man durch vorherige exakte Röntgenuntersuchung Sitz und Ursache genau ermitteln und eine logisch begründete Operation ausführen kann. Vortr. kann die interessante Beobachtung eines Falles mitteilen, bei dem es sich um eine Mischform von schwerer, über das ganze Kolon ausgedehnter Atonie und mäßiger Dilatation (im Sinne Stierlins) mit angeborener enormer Verlängerung der Dickdarmmesenterien handelte; der Zustand hatte zu schwerster, seit früher Kindheit begonnener und schließlich unerträglicher Funktionsstörung geführt. Die Röntgenuntersuchungen zeigten, daß die großen und die kleinen Kolonbewegungen nur äußerst schwach vorhanden waren, und daß der hauptsächlichste, tagelange Aufenthalt der Kotmassen im Colon transversum stattfand. Vortr. demonstriert die radiologische Funktionsprüfung vor und nach der Operation und erörtert die Beziehungen des Leidens zur Hirschsprungschen Krankheit. Da bei diesen Fällen eine kausale operative Therapie unmöglich ist, so muß man sich mit Anlegungen neuer Passagewege behelfen; die Pointe solcher Obstipationsoperationen ist es, später Rückstauungsbeschwerden unmöglich zu machen. Zur Erreichung dieses Zweckes hat Vortr. im vorliegenden Falle mit vortrefflichem Erfolge eine doppelte Anastomosierung ausgeführt, erstens zwischen den Fußpunkten der enorm verlängerten Flexura sigmoidea und zweitens zwischen dem Colon transversum und der Kuppe der Sigmaschlinge. (Demonstration der vorhandenen Verhältnisse und der Operationstechnik an Projektionsbildern.) Selbstbericht.

Lane, W. Arbuthnot, Consequences and treatment from a surgical point of view. (Erfolge und Behandlung vom chirurgischen Gesichtspunkte.) Brit. med. journal **2724,** S. 546—548. 1913.

Verf. gibt einen Überblick über die Ursachen, Folgen und chirurgische Behandlung der chronischen Obstipation. Als Ursachen kommen abnorme Stränge und Fixationsverhältnisse der Eingeweide, teils angeborener, teils erworbener Art in Betracht, ferner Erweiterungen und Verlagerungen des Darms, besonders des Dickdarms. Sekundär kommt es dann zu Veränderungen der oberen Darmteile, nämlich Dilatation, Hypertrophie, Entzündungen, Geschwüren und selbst zu Perforationen. Die gleichzeitig bestehende Autointoxikation vom Darm aus kann ferner zu Entwicklungsstörungen fast sämtlicher Organe des Körpers führen, die oft schwerster Art sind. Die operative Behandlung besteht in der Beseitigung etwa vorliegender Stränge und eventuell in schweren Fällen in der Implantation des durchtrennten Ileum in das Colon pelvinum. Die Erfolge dieser Behandlung sind gute gewesen. *Hinz* (Berlin).

Navarro, Alfredo, Sur le mégacôlon. (Hirschsprungsche Krankheit.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39,** S. 444—455. 1913.

3 operierte Fälle, bei zweien Enteroanastomose, beide geheilt, einer noch nach 8 Jahren völlig gesund; im dritten Fall Coecostomie, Entleerung der erweiterten Darmschlinge durch Enterotomie. Tod an Peritonitis. Resektion der gedehnten Darmschlinge als zu gefährlich verworfen. Die Ursache des Megakolons sieht Navarro im Ausbleiben der normalen Torsion des Kolons und der ungenügenden Befestigung des Mesokolons. Hand in Hand damit geht wahrscheinich auch eine ungnügende Entwicklung der Wand des Kolons, denn die Hypertrophie betrifft durchaus nicht immer die Muscularis, im Gegenteil diese kann sogar atrophisch sein. *Herzfeld* (Berlin).

Carr, J. Walter, Case of Hirschsprung's disease. (Fall von Hirschsprungscher Krankheit.) Proceed. of the r. soc. of med., London 6, Sect. for the study of dis. in childr. S. 107—109. 1913.

Typischer Fall von Hirschsprung mit dauernder Obstipation und äußerlich sichtbarer Peristaltik. In der sich anschließenden Diskussion wurde als präliminare Operation die Appendicostomie mit Auswaschungen des Kolon empfohlen. Wenn auch einzelne Heilungen ohne Operation beobachtet sind, bleibt doch meist ein operativer Eingriff schließlich die einzige Rettung. (Enteroanastomose.)

Stettiner (Berlin).

Fränkel, A., Röntgendiagnostik und Operationsprognose. Chir.Kong.

Auf Grund des Röntgenbefundes hätte ein hochsitzendes Mastdarmcarcinom mit guter Prognose auf abdominalem Wege entfernt werden können, auf Grund der bloßen Digitalexploration resezierte der Chirurg das Kreuzbein infolge von Komplikationen (Patient war Diabetiker). Exitus. Die Röntgenkinematographie des Magens erlaubt oft Vorhersagen über die Ausdehnung und Beweglichkeit des Tumors und damit über die Operationsprognose. Demonstration von Fällen, darunter eines, in welchem, entfernt von dem Pylorustumor, noch zwei weitere Knotenpunkte (an der Peristaltik nicht teilnehmende Magenregionen) festgestellt waren. Die Palpation, selbst nach der Laparotomie, ergab keine Unterlage für diesen Befund; erst nach der Eröffnung des Magens konnten doch Krebsknoten palpiert werden; die Röntgendiagnostik erwies sich mithin der Probelaparotomie überlegen und gab die Richtschnur für die allein zureichende Operationsmethode, die subtotale Resektion. Katzenstein (Berlin).

Ach, Fascientransplantation zum Zwecke der Rectopexie und Nephropexie. Chir.Kong.

Bei der Rectopexie geht Ach dermaßen vor, daß er mittels suprasymphysären Querschnittes bei Beckenhochlagerung und starkem Anziehen des Colon pelvinum den Douglas freilegt. Nach Incision des Peritoneums mobilisiert er ringsherum das Rectum sehr weit nach unten bis in die Nähe des Sphinkters, außerdem dringt er weit zwischen Scheide und Rectum nach unten vor. Nun entnimmt er dem Oberschenkel einen etwa 25 cm langen, 8 cm breiten Lappen der Fascia lata und überträgt ihn als Fixationsmaterial für das Rectum und die Vagina. Der unten längsgespaltene Lappen wird mit dem einen Streifen hinten um das Rectum fast zirkulär herumgeführt und mit einer größeren Anzahl von Nähten am Rectum fixiert. Der andere Streifen wird vorn zwischen Rectum und Vagina weit nach unten gebracht und mit seinen freien Rändern zunächst am Rectum und dann auch an der oberen Hälfte der Vagina fixiert. Um Adhäsionen vorzubeugen, wird der Fascienlappen extraperitoneal gelagert und zwar derart, daß das Peritoneum nach Herauspräparieren und Zurücklagern des rechten Ureters durch das rechte Ligamentum latum bis zum horizontalen Schambeinast unterminiert wird. Hier wird nun der Fascienlappen, nachdem durch starkes Anziehen desselben Rectum und Vagina so weit als möglich nach oben gezogen sind, mit einer Reihe von Kopfnähten am Cooperschen Ligament fixiert. Der freistehende Rand wird nun abermals extraperitoneal in die Bauchdeckenwunde verlagert und hier an der Muskulatur mit Nähten fixiert. Nach dieser Methode hat A. vor einem $^{3}/_{4}$ Jahr eine Patientin mit hochgradigem Mastdarm- und Scheidenprolaps operiert. Der Fascienlappen heilte glatt ein und ist die Patientin trotz des außerordentlich erweiterten geschwächten Beckenbodens rezidivfrei. Zum Zwecke der Nephropexie hat A. ebenfalls als Fixationsmaterial einen Fascienlappen verwendet. Der Gang der Operation war folgender: Freilegen der Niere mit Simonschem Lendenschnitt und Luxation derselben. Hierauf wird an der vorderen wie an der hinteren Fläche der Niere eine etwa 7 cm lange Incision durch die Capsula fibrosa angelegt und die Capsula fibrosa stumpf von dem Nierenparenchym von einer Incision über die Konvexität der Niere zur anderen Incision abgelöst. Einen ca. 20 cm langen und 6 cm breiten dem Oberschenkel entnommenen Fascia lata-Lappen zieht man nun von einer Incision zur anderen unter der Capsula fibrosa hindurch und vernäht die beiden Incisionen, indem man hierbei gleichzeitig den Fascienlappen mit jeder einzelnen Naht zweimal durchsticht. Als Endresultat hat man nun die in ihrem Capsulafibrosasack vollständig eingehüllte Niere mit einem derben vorderen und hinteren Zügel, die sich zur Fixation sehr gut eignen. Nach Reposition der Niere werden diese Zügel an das tiefe wie an das oberflächliche Blatt der Fascia lumbodorsalis fixiert. A. hatte bis jetzt Gelegenheit, bei 10 Patienten die erwähnte Methode durchzuführen. Die ersten Operationen liegen schon fast zwei Jahre zurück Die Fascienlappen heilten in allen Fällen glatt ein. Der operative Erfolg ist in allen 10 Fällen ein vollständiger, es wurde keine Niere mehr mobil, der kurative Erfolg ist in allen bis auf einen Fall vorhanden, hier handelte es sich um eine Hysterica, die zwar eine Besserung zugibt, aber nicht geheilt ist. Selbstbericht.

Moody, D. W. Keiller, Note on a case of a large concretion composed mainly of calcium phosphate found inside the fistulous channel in a case of fistula in ano. (Mitteilung eines Falles eines großen Concrements, hauptsächlich aus Calciumphosphat bestehend in einem Fistelkanal eines Falles von Analfistel gefunden.) Lancet **184**, S. 684. 1913.

Leber- und Gallengänge:

Ernst, N. P., Om Bugvägssnittet ved Operationer paa Galdevejene. (Über den Bauchwandschnitt bei Operationen an den Gallenwegen.) Hospitalstidende **6**, Nr. 15, S. 385—390. 1913. (Dänisch.)

Fußend auf anatomischen Untersuchungen hält Verf. Czernys Schnitt für den besten. da die Nerven dadurch weniger lädiert werden wie bei anderer Schnittführung. Auch praktische Erfahrungen sprechen nach ihm dafür, diesem Schnitt den Vorzug zu geben.

Permin (Kopenhagen).

Boljarsky, Die Leberverletzungen nach den Daten der Chirurgischen Abteilung des städtischen Obuchow-Hospitals für Männer in St. Petersburg. Russki Wratsch **12**, S. 287—289. 1913. (Russisch.)

Verf. verfügt über ein Material von 109 Fällen. Er teilt alle Fälle in subcutane oder geschlossene und offene Verletzungen. Diese Fälle ihrerseits teilen sich in komplizierte durch Verletzung anderer Organe und unkomplizierte.

Von den 109 Fällen waren 18 subcutane Rupturen der Leber mit 3 Heilungen und mit 2 komplizierten Rupturen, die beide starben. Schußverletzungen 6 mit 4 Heilungen, von ihnen 4 unkomplizierte. Stich-Schnitt-Leberwunden 85 mit 59 Heilungen, davon unkomplizierte 47 mit 6 Exitus, komplizierte 38 mit 21 Exitus. Am häufigsten wird der rechte Lobus und die obere Fläche verletzt. Durch die Leber hindurchgehende Wunden 16; in einem Falle ging die Wunde von oben nach unten mit Verletzung der Gallenblase. Die Größe der Wunden 0,5—1,5 cm im Durchmesser und 8—10 cm tief. In einem Falle ein vollständiger Abriß eines Teiles des rechten Leberlappens in der Größe einer Männerfaust. Bei den komplizierten Verletzungen waren außer der Leber der Magen (10 Fälle), Darm (2), Lunge (2), Pankreas (2). Mesenterium (2), Milz (1), Gallenblase (1), Perikard (1), Niere (1) mitverletzt. Verletzung der Leber durch die Pleura und Diaphragma 29 mal. Netzvorfall durch die Wunde 20 mal. In 4 Fällen waren der Magen und Darm vorgefallen. Die meisten Verletzungen fielen auf Personen von 21—30 Jahren. Von allen 109 Fällen sind 46 gestorben (42,2% Sterblichkeit). Der Prozent von Exitus der einzelnen Formen der Verletzungen ist folgender: subcutane Rupturen der Leber (83,3%), Schußverletzungen (33,3%), Stich-Schnittwunden (30,5%). Von 47 Fällen der unkomplizierten Schnitt-Stichwunden der Leber sind 6 gestorben und 41 geheilt (12,6% Exitus). Am geringsten war die Sterblichkeit bei den in den ersten 2—3 Stunden operierten (15%). Nach 24 Stunden steigt der Prozent der Sterblichkeit bis auf 50 und mehr.

Die Todesursache in unkomplizierten Fällen: Blutung, in 7 Fällen: Peritonitis; in 2 Fällen nachfolgender Leberabsceß. Die Aufgabe der Behandlung der Leberverletzungen ist die Blutstillung. Verf. giebt den Vorzug vor der Naht und der Marlytamponade dem Tamponieren der Leberwunden durch freie Netzlappen, die außer einer mechanischen noch eine blutgerinnungbefördernde Wirkung besitzen. Diese Tamponade wurde in 18 Fällen mit gutem Erfolg angewandt. In diesen Fällen betrug die Dauer des Aufenthaltes in der Klinik im Durchschnitt 30 Tage; bei der Tamponade durch Marly 60 Tage. Verf. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen. In Verbindung der Haht mit freier Netzlappentamponade besitzen wir ein zuverlässiges Mittel gegen Leberblutung. Die Technik ist sehr einfach. Die Tamponade der Leberwunde durch Marly muß nur in äußersten Fällen angewandt werden. *Joffe* (Dorpat).

Chir.Kong. **Nordmann, Transjejunale Hepaticusdrainage.**

N. verletzte bei einer Cholecystektomie wegen akuter Cholecystitis und Cholangitis ascendens dadurch den Ductus choledochus am Übergang in den Ductus hepaticus, daß die Gallenblase, bei der der Cysticus fehlte, zu stark vorgezogen wurde und beide Gänge neben einander in die Klemme zu liegen gekommen waren. Nach Drainage des Ductus hepaticus wurden die durchschnittenen Gallengänge miteinander vereinigt. Vorübergehend lief die Galle in den Darm, später entstand eine vollkommene Stenose infolge der pericholecystistischen Phlegmone und alle Galle floß nach außen. N. führte nun ca. 8 Wochen nach der ersten Operation folgende Operation aus. Es wurde der Ductus hepaticus bezw. seine Verlängerung an der Leberunterfläche möglichst weit nach dem Leberhilus zu freigelegt und der Rest der äußeren Gallenfistel extir-

piert. Es war unmöglich, in den zahlreichen Schwarten an den Ductus choledochus und an das Duodenum heranzukommen, deshalb wurde eine hohe Jejunalschlinge herbeigezogen und nach beiden Seiten abgeklemmt. Dann wurde ein dünnes Drain in den verlängerten Ductus hepaticus geschoben, und in eine kleine Jnzision des Jejunum hineingeführt und mit einer Kornzange ca. 10 cm tiefer durch eine zweite kleine Offnung wieder herausgezogen. Der innerhalb des Darmes liegende Drainteil war mit zahlreichen seitlichen Einschnitten versehen und ferner war das Drain mit einigen Nähten im Ductus hepaticus fixiert. Dann wurde sowohl über der Einmündungsstelle des Drains in den Darm wie auch über der Ausmündungsstelle eine Witzelsche Schrägfistel angelegt. Die Darmschlinge wurde möglichst dicht an den Ductus hepaticus herangebracht und hier die Anastomose mit Netz umwickelt. Unterhalb der Gallengang-Darmverbindung wurde eine typische Enteroanastomose zwischen zu- und abführendem Schenkel angelegt. Bereits nach 5 Tagen entleerte sich sämtliche Galle in den Darm und 4 Wochen nach der Operation wurde das Drain herausgezogen. Glatte Heilung.

N. empfiehlt dieses Verfahren für alle Fälle, in denen die transduodenale Hepaticusdrainage nach Völker unmöglich ist. Er weist darauf hin, daß der schräge in der Darmwand verlaufende Verbindungsgang die Gefahren der Cholangitis ascendens sehr herabsetzt, und daß sich deshalb diese Methode vielleicht auch für jede Gallenblasendarmverbindung eignet, besonders aber, wenn die gallenhaltige Gallenblase durch entzündliche Veränderungen eine sichere Naht bei der Cholecyst-Enteroanastomose nicht gestattet. N. betont, daß nach den Versuchen von Enderlen mit Sicherheit anzunehmen ist, daß das Serosaendothel durch Cylinderepithel der Gallengänge bzw. der Gallenblase ersetzt wird. Selbstbericht.

Short, A. Rendle, The end-results of cases operated on for gallstones. (Die Endresultate Gallensteinoperierter.) Bristol med.-chirurg. journal **31**, S. 34 bis 40. 1913.

Verf. berichtet über 86 im Hospital zur Operation gelangter Gallensteinfälle. Die Steine befanden sich 42 mal in der Gallenblase (7 †), 25 mal im Ductus choledochus (3 †), 12 mal im Cysticus, 2 mal im Hepaticus; 1 mal bestand Gallenstein-Ileus (1 †), 2 mal fanden sich statt Steinen nur Adhäsionen vor, und 2 mal war eine Peritonitis die Ursache der Beschwerden. Frauen waren 73, Männer 13 befallen. Der älteste Patient war über 70, die jüngste Patientin 17 Jahre. Fast alle hatten in ihrer Jugend katarrhalischen Ikterus durchgemacht und hatten vor der Operation typische Gallensteinkoliken gehabt zum Teil mit Ikterus (Stein im Choledochus). Ein Mädchen, das auf Ulcus ventriculi und Ren mobilis behandelt worden war, erbrach einen Gallenstein. — Von den 86 starben 12 im Hospital. Als Todesursache wird angegeben: 3 mal Kollaps, 3 mal Peritonitis, 1 mal Fettherz, 1 mal Pneumonie, 1 mal Gallenstein-Ileus, 1 mal Verletzung der V. port., 2 mal hing der Tod nicht direkt mit der Operation zusammen: 1 starb an Verblutung infolge eines Ulcus ventriculi, 1 an Perforation eines nicht entdeckten Ulcus ventriculi mit nachfolgender Peritonitis. Von 74 Patienten konnten später 60 begutachtet werden. Teils wurden sie nachuntersucht, zum größten Teil gaben sie brieflich Auskunft über ihr Befinden; 14 ließen nichts von sich hören. — Von den 60 waren geheilt resp. bezeichneten sich als geheilt: 30, als sehr gebessert (fast beschwerdefrei): 19, als nicht ge bessert: 9, gestorben: 2, davon 1 an inoperabl. Beckensarkom, die andere an unbekannter Krankheit. Die Operation lag bei allen 14 Monate bis mehrere Jahre zurück. Bei Beurteilung des Endresultates kommt vor allem in Betracht, ob Verwachsungen vorhanden waren oder nicht. Das Resultat ist dann gewöhnlich schlecht. Von 19 Fällen mit Verwachsungen starben 6; es wurden nicht gebessert 4; nur 3 wurden geheilt und 4 gebessert; 2 haben nicht geantwortet. — Die Operation bestand in Entfernung der Steine und Drainage, und nur bei starker Veränderung der Blasenwand in Ektomie. Ein Carcinom der Gallenblase hatte sich seit der Operation bis zur Nachuntersuchung nicht entwickelt, woraus Verf. schließt, daß die Ektomie nicht absolut notwendig sei. Allerdings ist hierzu zu bemerken, daß die Fälle zum großen Teil nicht ärztlich nachuntersucht sind. *Rothfuchs* (Hamburg).

Idzumi, G., Über einen Fall von primärem Lebercarcinom im Säuglingsalter. (*I. chirurg. Klin., Univ. Kiuschu, Japan.*) Arch. f. klin. Chirurg. **100**, S. 1181—1187. 1913.

Mitteilung eines Falles von Lebercarcinom bei einem 7 Monate alten Kinde.

Vor einer Woche bemerkt die Mutter bei dem sonst gesunden Säugling einen faustgroßen Tumor in der Lebergegend. Der Tumor ist derb, rundlich, grob höckerig scheint einem retroperitonealen Organ anzugehören. Bei der Laparotomie fand man den Tumor im rechten Leberlappen der ganz in Geschwulstmassen umgewandelt war. — Exitus am folgenden Tage. — Die mikroskopische Untersuchung ergab ein primäres Adenocarcinom der Leber, daneben waren sarkomähnliche Stellen vorhanden. Der Tumor wird als kongenital bezeichnet, durch eine Anomalie aus der Embryonalzeit verursacht. Ähnliche Fälle sind nur 2 (Miura und Pepper) bis jetzt beschrieben. *Monnier* (Zürich).

Fischer, Bernh., Primäres Chorionepitheliom der Leber. (*Senckenberg. pathol. Inst., Frankfurt a. M.*) Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **12**, H. 3, S. 462—480. 1913.

Fischer, Bernh., Über ein primäres Angioendotheliom der Leber. (*Senckenberg. pathol. Inst., Frankfurt a. M.*) Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **12**, H. 3, S. 399—421. 1913.

Pankreas:

Slawinski, Z., Pzypadek wylewu krwawego do trzustki. (Ein Fall von Apoplexie des Pankreas.) Przeglad chir. i ginek. 8, S. 254—263. 1913. (Polnisch.)

Der 52jähr. Arzt erkrankte akut vor 36 Stunden an heftigen Schmerzen in Epigastrium, welche er einer Fischvergiftung zuschrieb. Bald darauf Erbrechen, Blässe, Aufstoßen. Abführmittel und Einläufe riefen Stuhl ohne Winde hervor. Es wurde die Diagnose auf Ileus oder Peritonitis infolge Perforation gestellt und der Kranke aus der Provinz nach Warschau gebracht. Starke Schmerzen, rascher Puls, kühle Extremitäten, Aufstoßen. Spannung und Schmerzhaftigkeit des Epigastrium. Bei der Laparotomie spärliche blutigseröse Flüssigkeit. Netz verdickt, steif. Das Jejunum stellenweise stark gebläht. Durch das Mesocolon transversum fühlt man mehr links eine umschriebene Verdickung und einen Bluterguß in dem Gekröse. Im Mesenterium zahlreiche, stecknadelkopfgroße, weiße Körner, welche auch im oberen Teil des Dünndarmmesenterium, auf den Appendices epiploicae und dem Netze sichtbar sind. Es handelte sich um einen Bluterguß in das Pankreas mit herdförmiger Fettnekrose. Tamponade der Wunde. Pat. starb am zweitnächsten Tage. Die Sektion ergab ein hartes, ödematöses Pankreas, durchsetzt von feinen Fettnekrosen. Daneben ein pflaumengroßer Bluterguß. Die mikroskopische Untersuchung ergab Nekrose des Drüsengewebes und Fettnekrose. Keine Entzündungserscheinungen.

Im Anschluß an die Besprechung des Falles gibt Verf. die jetzt herrschenden Ansichten über die anatomischen Veränderungen, die Pathogenese, die Einteilung des klinischen Bildes, die Behandlung und Erfolge derselben wieder. Die experimentellen Arbeiten über die Selbstverdauung des Organs durch die aktivierten Fermente werfen ein neues Licht auf die Erkrankung. Trotzdem bleibt die Diagnose noch immer unsicher, die Prognose sowohl der operierten, wie nicht operierten Fälle sehr ernst.

Wertheim (Warschau).

Chir. Kong. **Nordmann, Experimentelle und klinische Zusammenhänge zwischen akuter Pankreasnekrose und Cholecystitis bzw. Cholelithiasis.**

Nordmann weist darauf hin, daß in ca. 40% der Fälle die akute Pankreasnekrose mit Gallensteinen bzw. Cholecystitis vergesellschaftet ist. Bei den bisher angestellten Versuchen um diese Zusammenhänge zu klären, wurde Galle bzw. infizierte Galle in den Ductus pancreaticus injiziert. Die auf diese Weise erzielten positiven Befunde von Pankreasnekrose sind nach N.s Ansicht wahrscheinlich dadurch zustande gekommen, daß die feinen Ausführungsgänge zersprengt wurden und der Pankreassaft in das Gewebe gepreßt wurde. Demnach sind sie mit den Vorgängen in der menschlichen Pathologie nur unvollkommen in Parallele zu setzen. Es wurden deshalb an 30 Hunden Versuche angestellt, derart, daß die Papillen mit einer Silkwormnaht verschlossen wurden und Bakteriengemische in die Gallenblase injiziert wurden. Es gelang auf diese Weise bei richtiger Versuchsanordnung und Ausschaltung aller manuellen Quetschungen am Pankreas beim Hunde 14 mal eine typische Pankreasnekrose mit Blutungen und ausgedehnten Fettgewebsnekrosen zu erzielen, die sich makroskopisch und mikroskopisch vollkommen so verhielt, wie sie beim Menschen beobachtet wird. Wurde nur die obere Papille verschlossen und der untere Ausführungsgang des Pankreas unberührt gelassen, so blieben trotz einer Infektion der Gallenwege alle Veränderungen am Pankreas aus. Ebenfalls waren die Versuchsergebnisse negativ, wenn beide Papillen zugebunden wurden, der Ductus choledochus aber seitlich vom Pankreas zugeschnürt wurde und infektiöses Material in die Gallenblase gebracht war. N. ist der Ansicht, daß auf diese beschriebene Weise die Pankreasnekrose durch drei Faktoren verursacht wird. Erstens durch den gleichzeitigen Abschluß des Pankreassaftes und der Galle vom Duodenum, der ein vollkommener sein muß; zweitens durch die Anwesenheit infektiösen Mate-

rials in der Gallenblase, — wurden nämlich die Papillen unterbunden und nicht gleichzeitig Bakteriengemische in die Gallenblase injiziert, so blieben alle Pankreasnekrosen aus; — drittens durch die anatomische Anlage wie sie der Verlauf des Ductus choledochus und des Ductus pancreaticus beim Hunde zu zeigen, und die ähnlich wie bei einigen Menschen zu sein pflegt. Es münden nämlich in der oberen Papille die beiden Gänge zusammen ins Duodenum ein und bilden hier sehr häufig durch ihr Zusammentreffen eine kleine Ampulle oberhalb der Papille, so daß beim Verschluß der letzteren Galle in den Ductus pancreaticus übertreten kann.

Mit diesen experimentellen Erfahrungen stimmten die klinischen Beobachtungen N.s vollkommen überein. Er hatte achtmal Gelegenheit, wegen schwerer akuter Pankreasnekrose operativ einzugreifen. Bei den ersten vier Fällen wurde das Pankreas dekapsuliert und von allen Seiten durch das Ligamentum gastrocolicum und durch das kleine Netz drainiert bzw. tamponiert und der Bauch ausgespült. Sämtliche Fälle starben im Kollaps, bzw. kurz nach der Operation. Bei den nächsten drei Fällen wurde einmal die Gallenblase drainiert und zweimal exstipiert und in diesen drei Fällen neben der Dekapsulation Drainage und Tamponade des Pankreas eine Gallenwegsdrainage angeschlossen. Diese genasen sämtlich. Bei dem letzten 8. Falle wurde wegen schwersten Kollapses zunächst nicht operiert und einige Tage später ein linksseitiger großer subphrenischer Absceß eröffnet. Der Fall, bei dem schwerste Gallenstein koliken und leichter Ikterus vorangegangen waren, ging in Heilung aus. Bei allen 8 operierten Fällen wurde bei der Autopsie bzw. bei der Operation ein Gallensteinleiden nachgewiesen. Bei zwei operierten Fällen, in denen die Gallenblase mit in Angriff genommen wurde, entleerte sich vorübergehend aus dem Choledochusdrain Pankreassekret, woraus N. mit Sicherheit schließt, daß die beiden Gänge ein gewisses Stück oberhalb der Papille sich vereinigten.

Nach diesen mit dem Experiment völlig übereinstimmenden klinischen Erfahrungen rät N., wenn irgend möglich, bei jedem Falle von akuter Pankreasnekrose die Gallenblase bzw. den Ductus choledochus zu drainieren und die Gallenblase nur bei leidlichem Kräftezustande, guter Zugänglichkeit und starken Veränderungen zu exstirpieren. Selbstbericht.

Milz:

Johansson, Sven, Om spontan mjältruptur. (Über spontane Milzruptur.) Hygiea **75**, S. 68—91. 1913. (Schwedisch.)

Der Fall von spontaner Milzruptur, den Verf. selbst zu beobachten Gelegenheit hatte, ist schon auf deutsch veröffentlicht worden. (Berl. klin. Wochenschr. 1911, Nr. 28.)

Giertz (Umeå, Schweden).

Harnorgane:

White, W. Hale, Coli infection of the urine. (Koliinfektion des Urins.) Med. rev. **16**, S. 195—198. 1913.

Munoz, Rinon movil, vómitos incoercibles y desuntrición exagerada. (Wanderniere, unstillbares Erbrechen und außergewöhnliche Magerkeit.) Gaceta médica del Sur de España **31**, Heft 8 u. 9, S. 173—176 u. 198—204. 1913. (Spanisch.)

Mitteilung eines Falles, bei dem seit mehreren Monaten täglich wiederholtes Erbrechen bestand, ohne daß man hierfür eine andere Ursache als eine Wanderniere finden konnte. Nach manueller Reposition der Niere, Bettruhe und diätetischer Behandlung erfolgte Heilung, die seit 2 Jahren besteht. *Lazarraga* (Marburg).

Ratera, J., et L. Ratera, Valeur d'une technique appropriée pour le radiodiagnostic des calculs du rein, avec exposition de trois cas cliniques. (Der Wert exakter Technik für die Röntgendiagnose der Nierensteine an der Hand von drei klinischen Fällen.) Ann. d'électrobiol. et de radiol. **16**, S. 31 bis 36. 1913.

Durch die neuere Technik nach Albers-Schönberg, Rumpel und Haenisch ist der Prozentsatz der Fehldiagnosen bei Röntgenaufnahmen zur Diagnose des Nierensteins auf 3 —2,5% zurückgegangen. Diese Fehldiagnosen beruhen einmal auf Ursachen, die im Wesen der Nierensteine selbst liegen, d. i. die chemische Zusammensetzung der Steine und ihre geringe Größe, welche Momente durch Fettleibigkeit noch kompliziert werden können. Weiterhin sind es Ursachen, die mit dem Stein an sich

nichts zu tun haben und allgemein bekannt sind. Die minutiöseste Technik anzuwenden ist daher das erste Erfordernis, will man die Radiologie nicht in Mißkredit bringen. Die wichtigsten Punkte sind: die Qualität der Röntgenstrahlen, die Kompression und die Abblendung der Nierengegend. Verf. benutzen die Albers-Schönbergsche Kompressionsblende mit der Modifikation, daß sie statt der Luftpelotte einen Ballen aus Wolle gebrauchen, der einen größeren Durchmesser hat, als der Kompressionszylinder. Sie erhalten mit dieser Methode in den meisten Fällen den Nierenschatten. Nicht in „allen Fällen"; denn es gibt Kranke, bei denen die Weichteile sich nicht genügend komprimieren lassen und solche, bei denen es nicht möglich ist, den Rücken so weit zu strecken, daß er der Platte anliegt. Aber trotz dieser Schwierigkeiten sind die Verf. überzeugt, daß das angewandte Verfahren als „ideal" bezeichnet werden kann für die Diagnose des Nierensteins, und daß man imstande ist, allein durch die Röntgenaufnahme die Anwesenheit oder das Fehlen eines Nierensteines zu diagnostizieren, wenn nur die technischen Vorschriften auf das genaueste bei der Aufnahme befolgt werden. Es werden 3 Fälle beschrieben, bei welchen durch die Verf. Steine nachgewiesen und durch Operation bestätigt wurden, in denen die von anderen bekannten Madrider Röntgenologen gemachten Aufnahmen negativ ausgefallen waren. *Kotzenberg* (Hamburg).

Kretschmer, Herman L., A case of bilateral urinary lithiasis. (Ein Fall von doppelseitigen Nierensteinen.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 114—115. 1913.

Bei einem 33 jährigen Mann, der vor 16 Jahren zum ersten Male Nierenstörungen hatte, seitdem aber beschwerdefrei gewesen war, traten unvermutet 2 mal 48 bzw. 24 stündige Blutungen im Urin auf. Daneben bestanden nur leichte Schmerzen in der rechten Nierengegend. Während die physikalische Untersuchung einschließlich des Ureterenkatheterismus keine besonderen Anhaltspunkte für Steine gab, zeigten Röntgenbilder Steine in der linken Niere und einen erbsengroßen Stein im rechten Ureter, 2 Zoll oberhalb der Blase. Es wurde die rechtsseitige extraperitoneale Ureterotomie ausgeführt; der Ureterschnitt wurde nicht genäht, sondern nur drainiert. Links wurde nephrektomiert, da die Niere nur noch aus einem dünnen Sack bestand. Patient genas. *Hinz* (Berlin).

Thorborg, Frederik, Et Tilfölde af opereret Nyrecyste. (Über einen Fall von operierter Nierencyste.) Hospitalstidende **6**, Nr. 13, S. 329. 1913. (Dänisch.)

Cestan, R., et Pujol, Un cas de chylurie nostras clinostatique. (Ein Fall von Chylurie nostras abhängig von dem jeweiligen Lagewechsel.) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 40, S. 645—648. 1913.

Patient, ein Mann von ungefähr 30 Jahren, bemerkte plötzlich ohne jede Veranlassung ein milchiges Aussehen seines Urins, das am Morgen am stärksten war, um im Laufe des Nachmittags fast vollständig zu schwinden. Außer geringen Beschwerden in der rechten Nierengegend keine Klagen. Die Urinuntersuchung ergab eine milchige Trübung des sauer reagierenden, fast eiweißfreien Urins. Im Sediment reichlich weiße Blutkörperchen, Fettkörnchen sind nicht deutlich, selbst nicht mit Sudanfärbung III nachweisbar, es besteht vielmehr eine feine Fettemulsion. Nach fettreicher Nahrung (Butter) tritt die milchige Trübung im Urin stärker hervor, während bei fettarmer diese deutlich abnimmt. Die Cystoskopie ergibt vollkommen normalen Blasenbefund, desgleichen die funktionelle Nierenuntersuchung. Während bei horizontaler Lagerung aus dem rechten Harnleiter sich milchiger Urin entleert, schwindet diese Trübung sofort bei vertikaler; der linksseitige Urin ist in jeder Lage vollkommen klar. Die Untersuchung der übrigen Körperorgane zeigt außer einer rechtsseitigen Spitzenaffektion keine krankhaften Veränderungen.

Verff. nehmen als Grund der Chylurie eine tuberkulöse Entzündung der in der Nähe des rechten Harnleiters gelegenen Lymphdrüsen an. Zunächst kam es zu Adhäsionen mit dem rechtsseitigen Harnleiter, später entwickelte sich eine feine Fistel, die sich bei aufrechter Körperstellung infolge Senkung der Niere wie ein Ventil schließt, bei horizontaler Lage sich dagegen wieder öffnet. Über die Höhe des Sitzes der Fistel läßt sich nichts Bestimmtes sagen. *Münnich* (Erfurt).

Kiełkiewicz, Jan, Wyńicowanie pęcherza ẃoczowego, wytworzenie nowego pęcherza i cewki. (Ectopia vesicae, Plastik der Blase und Harnröhre.) Przeglad chir. i ginek. Bd. **8**, S. 228—237. 1913. (Polnisch.)

Verf. operierte seine 3 Fälle nach der Methode von Cunéo, welcher die neue

Blase aus einer Dünndarmschlinge bildet, dieselbe in den Sphincter ani einpflanzt und in letztere dann die beiden Harnleiter implantiert. Der erste Kranke starb infolge eines während der Operation begangenen technischen Fehlers, beim dritten ist der zweite Akt der Operation, nämlich die Einpflanzung der Harnleiter, mißlungen, nur der zweite Patient ist geheilt worden. Verf. ist für zweizeitiges Operieren; der Eingriff wird leichter ertragen und die künftige Blase kann eine Vorbereitung und Desinfektion erfahren.

Der geheilte Fall betraf einen Kranken, bei dem wegen rechtsseitiger Pyonephrose zunächst die Niere entfernt werden mußte. Nach Verlauf eines Monats folgte die eigentliche Operation. In den linken Ureter wird zunächst ein Katheter eingeführt. Dilatation forcée des Afters. Umschneidung der vorderen Peripherie desselben. Teils stumpf, teils mit dem Messer wird gegen den Douglas bis auf 6 cm Tiefe zwischen Schleimhaut und Muscularis vorgedrungen und letztere mit einer Kocherschen Klemme erfaßt. Tamponade der Wunde. Dann Eröffnung der Bauchhöhle, Resektion von 20 cm Ileum, Vernähung beider Öffnungen und Herstellung der Kontinuität der Schlinge End zu End. Durchstechung der Muscularis mit der Klemme und Herunterziehen der künftigen Blase zwischen Schleim- und Muskelhaut des Afters vor denselben. Schluß der Bauchwunde, Lösung der Naht der vorgelagerten Schlinge. Am 8. Tage konnte die neue Blase 50 ccm Flüssigkeit, nach einigen Wochen 180 ccm fassen. Anfangs starke Schleimsekretion, welche dann nach Lapisspülungen nachließ. Nach 2 Monaten Implantation der Harnleiter. Schnitt neben der ektropischen Blase. Einführung eines Harnleiterkatheters links. Einpflanzung eines Teils der Blase mit dem linken Ureter in die neugebildete Blase; doppelte Nahtreihe der Peritonealflächen neben dem implantierten Abschnitt. Nach 2 Monaten hat Pat. Kontinenz von 80 Minuten. Kapazität der Blase 225 g. Nach 2 Monaten guter Zustand; Wirkung der Blase unabhängig vom Stuhlgang. Harn ziemlich klar. *Wertheim.*

Lastaria, Francesco, Ancora sulla mia proposta di modificazione ai processi Cuneo, Heitz-Boyer ed Hovelacque per la cura della estrofia vescicale. (Nochmals mein Vorschlag zur Modifikation des Vorgehens von Cuneo, Heitz-Boyer und Hovelacque zur Heilung der Blasenektopie.) Arch. ital. di ginecol. **16**, S. 43—47. 1913.

Nach Cuneo wird die neue Blase aus einer isolierten Schlinge des Dünndarms gebildet, in die die Ureteren eingepflanzt werden; Heitz-Boyer und Hovelacque bedienen sich zum selben Zwecke des Rectums, in das die Ureteren eingepflanzt werden. Um die Kontinenz herzustellen, bedienen sich beide Methoden des natürlichen Sphincters des Rectums und zwar wird die Rectumschleimhaut unterminiert und in einem Falle der unterste Teil der Dünndarmschlinge, welche die neue Blase darstellt, im anderen Falle der unterste Teil des Kolon (hier stellt das Rectum die neue Blase dar) diesen Kanal zwischen der Schleimhaut und der übrigen Rectalwand hindurchgezogen und in der Höhe des Sphincter anale fixiert. Auf diese Weise umschließt der Sphincter den Ausführungsteil der neuen Blase und zugleich den Ausführungsteil des Darms. Verf. glaubt, daß durch dies Verfahren der Sphincter zu stark gedehnt wird und an Kontraktilität verliert. Er schlägt daher vor, an den durchzuziehenden Darmabschnitten die Serosa und Muscularis zu resezieren und nur das Schleimhautrohr mit dem submucösen Gewebe durchzuziehen. Das Volumen wird dadurch erheblich vermindert und der Zweck: die beiden Rohre getrennt durch den Sphincter zu verschließen wird ebensogut erreicht. Verf. wendet sich gegen Taddei, der seine Modifikation sehr abfällig beurteilt hat, weil der seiner Serosa und Muscularis beraubte Darmabschnitt der Nekrose anheimfallen müsse. Er weist darauf hin, daß er seine Modifikation mit aller Reserve empfohlen habe. Im übrigen hätten die Tierversuche von Nicoletti, Kreidl und Müller gezeigt, daß man große Darmabschnitte (bis zu einem Meter) der Serosa und Muscularis entblößen könne, ohne Perforation befürchten zu müssen. *Kotzenberg.*

Josef, Cystoskopische Bilder von Bilharzia der Blase. Chir.-Kong.

Man sieht die Bilharziaeier und Granulationstumoren in der Gestalt des Champignons sowie ulceriert in Erdbeerform.

Pulido, Tratamiento de unas fistulas urinarias por la operación de Marion de desvianion de orinas. (Behandlung einiger Urinfisteln mittels Operation nach Marion, in der Ableitung des Harns bestehend.) La crónica médica **25**, S. 80—81. 1913. (Spanisch.)

Kasuistische Mitteilung. *Lazarraga* (Marburg).

Guiard, F.-P., Comment doit être dosée la dilatation progressive des rétrécissements urétraux soit au début, comme traitement curatif, soit ultérieurement, comme traitement préventif. (Wie soll man die Dilatation der Urethralstrikturen dosieren im Beginne als Heilbehandlüng, oder später, als vorbeugende Maßnahme.) Journal de méd. de Paris **33,** S. 279—282. 1913.

Verf. betont die Wichtigkeit der von Guyon vertretenen Methode der Dilatationsbehandlung, die glänzende Resultate ergibt: niemals forciertes Bougieren, das Bougie nicht liegen lassen sondern sogleich wieder herausziehen, bei jeder Sitzung höchstens um eine Nummer steigen und zwischen jeder Sitzung mindestens 48 Stunden vergehen lassen. Guiard gibt indes zu, daß es Fälle gibt, namentlich wo das soziale Moment eine Rolle spielt, denen Zeit oder Geld zu so lange ausgedehnter Behandlung fehlt, in denen auch schneller fortschreitende Dilatation gute Resultate ergibt. 3 Krankengeschichten. *Draudt* (Darmstadt).

Männliche Geschlechtsorgane:

Muren, G. Morgan, The treatment of the prostatic. (Die Behandlung des Prostaktikers.) Urol. a. cutan. rev. Bd. **17,** Nr. 3, S. 137—139. **1913.**

Verf. hat 131 Prostatektomieen ausgeführt und die gleiche Anzahl von Prostataerkrankungen mit Drainage und anderen Mitteln behandelt. Er spricht sich für richtige Auswahl der operativen Fälle, ev. zweizeitige Operation oder Beschränkung auf die suprapubische bzw. perineale Drainage aus. Differentialdiagnostisch weist er auf die häufige Verwechslung von Prostatahypertrophie mit Verlust des Blasenreflexes bei Tabes und mit Contractur des Blasenhalses hin. Was die Operationsmethode anlangt, so hält Verf. gegenüber der sonst vertretenen Meinung, die große, weiche Drüse müsse suprapubisch, die kleine fibröse perineal entfernt werden, an der perinealen Operation als Methode der Wahl fest. *Kempf* (Braunschweig).

Wilson, Thomas, Endothelioma of the undescended testis in a male pseudohermaphrodite. (Endotheliom eines retinierten Hodens bei einem männlichen Pseudohermaphroditen.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. **23,** S. 142—147. 1913.

Soschtschin, O. N., Volvulus testis. (Drehung des Hodens.) (*Kirillow Gouvernem. Krankenh., Kiew.*) Chirurgia **33,** S. 52—55. 1913. (Russisch.)

Es handelt sich hier um ein seltenes Leiden. Die Literatur hierüber ist arm. Genauer ist die Frage von Kocher, Bramann und Winiwarter bearbeitet worden. Über die größte statistische Zusammenstellung verfügt Bogdaniky, welcher 50 Fälle von Volvulus testis gesammelt hat, darunter 3 eigene Beobachtungen, dann folgt die Statistik von Grunert mit 23 Fällen, darunter 1 eigener.

Im Falle des Verf. handelte es sich um einen 14 jährigen Patienten, der in schwerem Zustande ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Es bestand Erbrechen, starke Schmerzen in der Scrotalgegend, die vor 1 Tage plötzlich während der Defäkation einsetzten. Die linke Scrotalhälfte war stark angeschwollen, die Haut rot und sehr druckempfindlich, T. 37,7°. Die Diagnose schwankte anfangs zwischen Epidydimo-orchitis, eingeklemmter Hernie, Appendicitis im Bruchsack und Volvulus testis. Die drei ersten Erkrankungen konnten nach genauerer Anamnese und Untersuchung ausgeschlossen werden. Es wurde daher Volvalus testis angenommen. Die am nächsten Morgen wegen Verschlimmerung des Zustandes ausgeführte Operation bestätigte die Diagnose. Der Hoden und Nebenhoden waren mit schwarz-grünlichen Flecken bedeckt, die Venen des Plexus thrombosiert. Der Hoden konnte leicht luxiert werden, dabei erwies es sich, daß der Samenstrang von links nach rechts um volle 360° torquiert war. Nach Lösung der Torsion des Samenstranges erholte sich der Hoden nicht und er wurde daher entfernt. Die vernähte Wunde verheilte glatt, trotzdem fieberte Pat. eine Zeit lang bis zu 39,5°. Nach 3 Wochen konnte er jedoch geheilt entlassen werden.

Die anatomischen Bedingungen zur Entstehung eines Volvulus des Hodens sind in einer anormalen Entwicklung zu suchen. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen von Keith u. a. haben gezeigt, daß bei den Hoden, bei welchen ein Volvulus zustande gekommen war, die Peritonealfalte, welche den normalen Hoden befestigt, entweder fehlt, oder im Gegenteil anormal lang ist. Über den Mechanismus der Drehung existieren zwei Theorien. Nicoladoni weist auf Trauma und forcierte Bewegungen des Körpers hin, Klinger und Winiwarter auf die erhöhte Tätigkeit der Bauch-

presse, dieser letztere Umstand hat offenbar auch in dem vom Verf. beschriebenen Falle eine Rolle gespielt. Die Therapie ist natürlich nur eine operative, es ist fast nie gelungen, beim Volvulus den Hoden zu retten; in den wenigen Fällen, wo nicht gleich kastriert wurde, trat später Atrophie des Hodens ein. *Schaack* (St. Petersburg).

Weibliche Geschlechtsorgane:

Nyhoff, G. C., en T. M. Mesdag, Operatieve behandeling der acute inversio uteri puerperalis. (Operative Behandlung der acuten Inversio uteri puerperalis.) Neederlandsch Maandschrift voor Verloskunde en Vrouwenziekten en voor Kindergeneeskunde **3**, S. 145—153. 1913. (Holländisch.)

Wenn die Re-Inversion durch äußere oder vaginelle Handgriffe nicht gleich nach der im Anschluß an die Geburt entstandene Inversion gelingt, empfehlen Verf. die unmittelbare Laparatomie in der Medianlinie. Dann erfolgt die Re-Inversion leicht durch Zug mit Hakenzangen an den Ligamenta rotunda im Inversionstrichter. Blutverlust, Kollaps, Shock sind eher Indikationen, um schnell zur Laparatomie zu greifen, als Kontraindikationen. Verf. haben die Operation zweimal ausgeführt, beide Male mit vorzüglichem Erfolg. *Hymans* (Amsterdam).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Fraser, John, An experimental study of bone and joint tuberculosis. (Experimentelle Untersuchungen über Knochen- und Gelenktuberkulosen.) (*Laborat. of the roy. coll. of physicians, Edinburgh.*) Journal of exp. med. **17**, S. 362 bis 372. 1913.

Tierexperimente über die Genese der Knochen- und Gelenktuberkulosen zeigten, daß diese Erkrankung im allgemeinen schwierig künstlich hervorgerufen werden kann. Direkte Infektion des Markes vom langen Röhrenknochen führt selten zur Entwicklung einer tuberkulösen Osteomyelitis. Einimpfung von Tuberkelbacillen in ein Gelenk bedingt dagegen rasche Erkrankung der Synovialmembran, von der aus dann die Erkrankung der Epiphysen und Metaphysen zustande kommt. Infektion des arteriellen Kreislaufes führt nicht zur lokalen Erkrankung der Knochen und Gelenke, die jedoch eintritt, wenn das Hauptgefäß der betreffenden Extremität infiziert wird. Die Infektion der Arteria nutritia bedingt dagegen keine tuberkulöse Osteomyelitis.

Strauss (Nürnberg).

Obere Gliedmaßen:

Erps, E. van, Fracture par arrachement de la grosse tubérosité de l'humérus. (Abrißfraktur des Tuberculum majus humeri.) Clinique (Bruxelles.) **27**, S. 193—197. 1913.

Aus einer eigenen Beobachtung und dem Studium der Literatur zieht Erps den Schluß, daß diese Fraktur wahrscheinlich sehr oft übersehen wird. Er bespricht genau die Symptomatik und Diagnose dieser Verletzung im frischen und veralteten Zustande, wobei er besonderes Gewicht auf die Subluxations- resp. Luxationsstellung des Humeruskopfes bei der partiellen resp. totalen Fraktur legt. Prognostisch soll der Pat. auf die zu gewärtigende langwierigere Heilungsdauer aufmerksam gemacht und therapeutisch in frischen Fällen der Arm in Abduktion fixiert werden, während für veraltete Fälle die Resektion des Tuberculum oder seine Fixation nach Lambotte empfohlen wird. *v. Saar* (Innsbruck).

Lozano, R., Arthritis tuberculosa del codo. (Tuberkulöse Arthritis des Ellbogens.) La clinica moderna **12**, S. 147—158. 1913. (Spanisch.)

Abgesehen von der langen Dauer der konservativen Behandlung von Ellbogentuberkulose hebt Verf. ihre Unsicherheit hervor, weshalb er immer mehr zu der operativen Therapie neigt; er sucht dabei mit partiellen Resektionen auszukommen, um ein möglichst bewegliches Gelenk zu bekommen. Die intraartikulären Injektionen von Jodoformglycerin, Campher und Chlorzink wendet Lozano nicht an, weil seiner Meinung nach das Medikament nicht in Berührung mit der ganzen erkrankten Gelenkfläche kommen kann und die Einspritzungen die Bildung von Abscessen begünstigen. *Lazarraga* (Marburg).

Kirmisson, E., Les fractures isolées du cubitus avec luxation de la tête du radius. (Isolierte Ellenbogenbrüche mit Luxation des Radiusköpfchens.) Presse méd. Jg. **21**, Nr. 29, S. 285. 1913.

Bei den isolierten Ellenbogenbrüchen kommen häufig Luxationen des Radius-

köpfchens vor. In derartigen Fällen ist die Fraktur Nebensache, Hauptsache die Reposition des Radiusköpfchens, weil sonst eine Verkürzung der Muskeln eintritt und eine spätere Reposition nicht möglich ist. **Ist einmal die Radiusköpfchenreposition gelungen, so stellen sich die Fragmente von selbst** gut ein, wodurch eine günstige Heilung erzielt wird. *Grune* (Köln).

André-Thomas, À propos d'un cas de paralysie ischémique de Volkmann. (Beitrag zur ischämischen Lähmung nach Volkmann.) Clinique (Paris) 8, S. 105—107. 1913.

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles von ischämischer Lähmung der Hand nach einem engschließenden Schienenverbande bei Vorderarmbruch. Nach Monate lang fortgesetzten galvanischen Bädern trat Besserung ein: die Steifheit der Muskel verschwand, sie zeigten galvanische und faradische Erregbarkeit, auch die sensiblen und vasomotorischen Störungen, wie die Bewegungsfähigkeit der Finger besserten sich bedeutend. *Gergö* (Budapest).

Ewald, Paul, Radialislähmung nach Unfall oder Bleilähmung? (*Orthop. Inst. von Dr. Ottendorf u. Dr. Ewald, Hamburg.*) Ärztl. Sachverst. Zeit. Jg. **19,** Nr. 8, S. 168—169. 1913.

Erörterung eines Falles, in dem 5 Jahre nach einem Unfall (Schlag eines Treibriemens gegen die Hand) Schadenansprüche wegen Schmerzen und Steifigkeit im Zeige- und Mittelfinger rechts gestellt wurden, die im letzten Jahr aufgetreten war. Vom behandelnden Arzt wurde wegen vermeintlicher Eburnisierung des II. und III. Mittelhandknochen eine Operation vorgenommen, von der Klinik die Erkrankung als tuberkulöse Entzündung der beiden Grundgelenke angesprochen. Die Anamnese ergibt, daß es sich um einen 28jährigen Maler handelt, der sich nur vorübergehend als Maschinist beschäftigt, sonst aber seit der Schulzeit ständig das Anstreichergewerbe geübt hat. Subluxation des II. und III. Fingers im Grundgelenk. Grundglieder gebeugt, Mittel-Endgelenke gestreckt, Finger gleichzeitig kleinfingerwärts abduziert; passive Streckung frei. Contractur der Finger durch Parese des gemeinsamen Streckmuskels bzw. des N. radialis. Angesichts der allmählichen Entstehung der Contractur bei jahrelanger Beschäftigung mit Bleiweiß gerade in den Gliedern, die beim Anstreicher besonders beansprucht werden, des Zeitraumes von mehreren Jahren zwischen Verletzung und Lähmung wird das Leiden als Gewerbekrankheit ohne Zusammenhang mit dem Unfall vom Gutachter bzw. von den rechtsprechenden Instanzen angesehen. *Frank* (Köln).

Chir.Kong.

Springer, Wesen und Operation (Depronierung) der Madelungschen Handgelenkdeformität.

Auf Grund seiner früher (1911) veröffentlichten Untersuchungen faßt Springer die Madelungsche Deformität als eine Verkrümmung des Radius im Sinne der Pronation auf, pronierende Bewegungen bei Festigkeitsstörungen des Knochengewebes als ihre Ursache. Dementsprechend müssen alle Korrektionsbestrebungen im Sinne der Supination erfolgen (Depronation). Er empfiehlt folgendes operative Vorgehen: 1. Schräger Hautschnitt nach der volaren Unterarmfläche 1 cm vom Proc. styl. radii beginnend proximal zur Ulna aufsteigend, 6 cm lang; 2. Freilegung des peripheren Radius in der Ausdehnung des Pronator quadratus-Ansatzes, Durchschneidung des Pronatorquadratus; 3. Quere Durchmeißelung des Radius ca. 3 cm über dem Gelenke am Übergange in den Schaftteil; 4. Freilegung des peripheren Ulna endes durch kleinsten Längsschnitt an der ulnaren Kante, Resektion des Ulnaköpfchens; 5. Drehung des Armes in volle Supination. Dorsalflexion und ulnareAbduktion der Hand, Naht der Hautwunden; 6. Gipsverband in dieser Stellung bei gebeugtem Ellbogen von der Mitte des Oberarmes bis zu den Grundphalangen. Nach 14 Tagen Längshalbierung desselben, die dorsale Hälfte durch weitere 14 Tage als Schiene, Massage, Faradisation. 2 Fälle mit gutem und sehr gutem Erfolge operiert. Selbstbericht.

Lozano, R., Artritis tuberculosa de muñeca. (Tuberkulöse Arthritis des Handgelenkes.) La clínica moderna 12, S. 155—127. 1913. (Spanisch).

Klinischer Vortrag, in dem Verf. für die aktive chirurgische Behandlung eintritt und sich sehr wenig von der konservativen Therapie verspricht. Bei Erkrankung aller Handwurzelknochen sowie der distalen Enden der Unterarmknochen und der proximalen der Metacarpen hält Lozano die primäre Amputation für die Operation der Wahl, da ein radikales lokales Vorgehen nicht möglich ist.

Verf. teilt eine Serie von 20 Fällen mit, von denen 13 mittels partieller oder totaler Resektion behandelt wurden ohne Todesfall und meistens mit gutem funktionellen Resultat. Von den übrigen wurden 4 amputiert, die letzten 3 lehnten die operative Behandlung ab und wurden, trotz konservativer Behandlung, als ungeheilt aus der Klinik entlassen.

Lazarraga (Marburg).

Tourneux, J.-P., Angio-lipome de la main après autoplastie. (Angiolipom der Hand nach Autoplastik.) (Soc. de chirurg. de Toulouse, séance du 17. II. 1913.) Arch. méd. de Toulouse **20,** S. 65—68. 1913.

Ein 15jähr. Mädchen kommt ins Spital wegen einer Geschwulst auf dem Handrücken. Ungefähr 10 Jahre zuvor war ihr wegen einer Wunde nach ausgedehnter Verbrennung der entstandene Defekt durch Transplantation aus der Bauchhaut nach italienischer Methode gedeckt worden. Der Lappen war reaktionslos eingeheilt bis ca. 3 Jahre vor dem Eintritt eine leichte langsam wachsende Schwellung der Hand bemerkt wurde, die anfangs hellrot, später mehr blaurot gefärbt war. Die Untersuchung ergibt einen ellipsoiden ca. $^1/_2$ cm über das Niveau ragenden weichen bläulich durchschimmernden Tumor, dessen Farbe auf Druck verschwindet, um nachher wieder zu erscheinen. Es handelt sich danach um ein Angiolipom, das aus dem subcutanen Fett seinen Ursprung nimmt. Exstirpation des Tumors, dessen histologische Untersuchung obige Diagnose bestätigt.

Verf. empfiehlt bei Transplantationen möglichst das subcutane Fettgewebe nicht mitzunehmen. *Naegeli* (Zürich).

Chaton, Le traitement du panaris. (Panaritiumbehandlung.) Clinique (Paris) **8,** S. 216—218. 1913.

Verf. teilt die Panaritien ein in oberflächliche und tiefe und solche, die sich in der Umgebung und unter dem Nagel ausbreiten. Während die ersteren bisweilen unter feuchten Verbänden abheilen, verlangt er für die Panaritien in der Nähe des Nagels eine Excision der infizierten Stelle. Nagelabtragung ist bei Vereiterung des Nagelbetts indiziert. Die übrige Behandlung deckt sich mit der bei uns üblichen. Milzbrandkarbunkel sollen longitudinal gespalten werden. *Becker* (Halle a. S.).

Untere Gliedmaßen:

MacLaurin, C., Two cases of arteriorrhaphy. (Zwei Fälle von Arteriennaht.) Austral. med. gaz. **33,** S. 122—123. 1913.

1. Naht einer Längswunde der A. ilioca externa, die bei einer Operation verletzt wurde, durch Matratzennaht mit Chromcatgut. Unkomplizierte Heilung. 2. Naht der A. femoralis nach vorheriger Operation ihres durch eine Verletzung entstandenen Aneurysmas. Ebenfalls Längsnaht mit Chromcatgut. Heilung. *Hirschmann* (Berlin).

Kirmisson, A propos d'une double luxation congénitale de la hanche. (Bericht gelegentlich einer doppelseitigen kongenitalen Hüftgelenksluxation.) (*Hôp. d. enfants-malades.*) Clinique (Paris) **8,** S. 213—216. 1913.

An der Hand eines Kranken bespricht Verf. die Symptome der kongenitalen Luxationen. Die bisherigen unblutigen Methoden bestehen in Einrenkung und lange Zeit hindurch andauernde Fixation im Gipsverband, der bei abduzierten Oberschenkeln und im Knie flektierten Unterschenkeln die Beine fixiert. Die Methode ergibt keine guten Resultate, weil trotz der anatomischen guten Position infolge des Muskelwiderstandes der Gang schlecht bleibt. Verf. verfährt deshalb so, daß er drei Monate nach der Einrenkung den Gipsverband abnimmt, in Narkose die Hüftmuskeln massiert, eine Pfannenhöhlung durch Rotationsbewegungen des Femus herbeizuführen versucht und dann die Beine in völliger Extension bei Abduktion und Innenrotation lagert. Erfolge gut. *Becker* (Halle a. S.).

Shoemaker, Harlan, Infected knee joint. Two cases of drainage without subsequent ankylosis. (Über Infektion des Kniegelenkes. Zwei Fälle von Drainage ohne Versteifung.) New York med. journal **97,** S. 25—26. 1913.

Gegenüber der Ansicht Murphys, nach welcher schon die einfache Einwirkung der Luft auf ein längere Zeit offenes Gelenk zum Zugrundegehen des Endothels und zur Versteifung führen soll, berichtet Verf. über zwei von ihm behandelte infizierte Kniegelenke, die trotz länger dauernder Drainage mit guter Funktion geheilt sind. Verf. leugnet daher den schädigenden Einfluß der Luft und der Infektion auf das Gelenksendothel und führt seine Erfolge auf die von ihm geübte Methode der

Drainage zurück, die darin besteht, daß ein Drainrohr von der Bursa suprapatellaris durch die Fascia lata nach außen geführt wird, ohne die Gelenkkörper zu berühren. Bei Hochlagerung des Beines ist guter Abfluß des Sekretes gewährleistet und wenn sich in der Umgebung des Drainrohres Adhäsionen bilden, so schaden sie in der Bursa weniger als im Bereiche der Gelenkflächen und führen nicht zur Versteifung. *Ehrlich* (Wien).

Rodriguez, Leopoldo, Tratamiento de la úlcera varicosa por el rádium. (Behandlung des varicösen Geschwürs mittels Radium.) Boletin mensual del Colegio de médicos de la prov. de Gerona **18**, S. 60—61. 1913 (Spanisch).

Verf. empfiehlt Radiumbestrahlungen zur Behandlung von torpiden varicösen Geschwüren. Er verwendet hierbei keinerlei Filter und hebt die besonders heilende Wirkung der weichen Strahlen hervor. *Lazarraga* (Marburg).

Walther, Fracture de jambe de réduction très difficile. Application de l'appareil de Lambret. Bon résultat. (Unterschenkelfraktur mit sehr schwieriger Reposition; Anlegung des Lambretschen Apparates mit gutem Resultat.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 428—429. 1913.

Trotz mehrfacher Versuche mit Streck- und Gipsverbänden keine befriedigende Stellung zu erzielen, deshalb Anlegung des Lambretschen Apparates in Narkose. Derselbe blieb 50 Tage liegen und ergab eine feste Konsolidation in guter Stellung mit gutem funktionellen Resultat. *Magnus* (Marburg).

Vulpius, Oskar, Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes. Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 585—588. 1913.

Verf. berichtet auf Grund seiner vieljährigen Erfahrungen eingehend über die Behandlung des angeborenen Klumpfußes. Sobald sich der kleine Patient als lebensfähig erweist, muß mit der Behandlung begonnen werden, bei normaler Entwicklung spätestens im dritten oder vierten Monate. Die Behandlung wird mittels eines täglich ausgeübten manuellen Redressement eingeleitet, und es ist sehr zweckmäßig, das erreichte Resultat mit einer fixierenden Flanellbinde zu ergänzen. Über Nacht bekommt der Kranke eine durch Vulpius konstruierte Nachtschiene. Die leichtesten Fälle können durch dieses Verfahren geheilt werden, das in den meisten Fällen durch ein in Narkose ausgeführtes Schlußredressement im Notfalle durch eine Achillotenotomie beendet wird. Nach erfolgtem Redressement wird ein fixierender Gipsverband angelegt. Zwecks Erreichung der vollen Korrektion der pathologischen Fußstellung folgt eine mechanisch-chirurgische Therapie und Massage. Bei älteren Kindern ist die Behandlung dieselbe, nur mit dem Unterschiede, daß das manuelle Redressement wegbleibt. Auf Grund seiner zahlreichen Erfahrungen hält Verf. die Achillotenotomie für einen nicht ganz harmlosen Eingriff und empfiehlt statt dieser Operation eher eine plastische Verlängerung der Achillessehne. Das forcierte Redressement mit redressierenden Maschinen ist, da dasselbe zu keinem befriedigendem Resultat führt, ebenfalls zu unterlassen. In Fällen, wo die Vollendung des Redressements eine anatomische Unmöglichkeit darstellt, kommen operative Eingriffe in Frage, und zwar die Durchtrennung der talocruralen Bänder und der Gelenkkapsel, im Falle eines knöchernen Hindernisses die Aushöhlung des Talus und seine Exstirpation. In Verbindung mit dieser Operation ist auch die Raffung der Extensores digitorum sehr zweckmäßig. Verf. schließt die besonders ausführliche Abhandlung, man könne auch bei strenger Selbstkritik sagen, daß der angeborene Klumpfuß bei Kindern und Heranwachsenden heilbar ist. *Béla Dollinger* (Budapest).

Lance, M., Le pied plat chez l'enfant et l'adulte. (Der Plattfuß beim Kinde und Erwachsenen.) Gaz. des hôp. **86**, S. 598—599. 1913.

Von weniger bekannten Plattfußtypen werden die bei allgemeiner oder lokaler Muskelschwäche kleiner Kinder, bei rhachitischen Deformitäten der Beine, bei Wachstumshemmung des Kahnbeines und bei Schwangerschaft besprochen. Der „schmerzhafte Plattfuß" ist im Kindesalter selten und seine Ursache häufiger eine Knochen- oder Gelenkserkrankung. *v. Khautz* (Wien).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie
und ihre Grenzgebiete
Band I, Heft 15 S. 713—776

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Janowsky, M., Die Bedeutung der Blutdruckmessung für die Klinik. Ann. d. kais. Milit.-med. Akad. Bd. 26, Heft 1, S. 3—15. 1913. (Russisch.)

Verf. benutzt den Riva - Rocischen Apparat mit den von Reklinghausen und Korotkow angegebenen Modifikationen, sowie den Sphygmanometer Gegerstädts. Sowohl die normalen Blutdruckverhältnisse in den Arterien als pathologische Steigerungen desselben sind nach Ansicht des Verf. durch rythmische Kontraktionen der Gefäßmuskulatur bedingt. Der Herzsystole entspricht eine Erschlaffung der Gefäßwandung, der Diastol eine Kontraktion. Diese schreitet längs den Arterien peripherwärts, ähnlich der Darmperistaltik. Steigerung der art. Blutdrucke bei Herzkranken im Zustand der Dekompemation ist peripheren Ursprungs, dabei besteht eine Disharmonie zwischen Herzarbeit und Gefäßkontraktionen, ähnlich wie Vorhof- und Ventrikelzusammenziehung beim Herzblock. Der capilläre Blutdruck wird mit dem Buschschen Apparat gemessen. Er steigt bei aktiver und fällt bei passiver Hyperämie. Zur Bestimmung des venösen Blutdrucks dient der, in der Klinik des Verf. konstruierte Apparat Zyplajews. Mit seiner Hilfe kann der Unterschied zwischen venösem und arteriellem Druck genau ermittelt werden. Auch diese Beobachtungen sprechen für eine aktive Beteiligung der Gefäße an der Blutzirkulation, für das Vorhandensein eines „peripheren Herzens". Die Sphygmomanometrie hat noch keine große praktische Bedeutung. Nützlich ist sie in den Fällen, wo die gewöhnliche Palpation unzulänglig wird, wie z. B. bei kleinem hartem Puls nach Herzmitteln. Steigerung des Blutdrucks bei Sklerose und Nephritis ist allbekannt, niedriger Druck bei Sklerose spricht für Erkrankung des Herzmuskels. Bei großer Harnmenge spricht normaler Blutdruck für Diabetes insipidus und gegen interstitielle Nephritis. Der Bestimmung des capillären und venösen Blutdrucks kommt keinerlei praktische Bedeutung zu. Bestimmungen des Blutdrucks im rechten Herzen sind mit großen Fehlern verknüpft, dieser Mangel ist um so fühlbarer, da das rechte Herz öfter versagt als das linke.

v. Dehn (St. Petersburg).

Punin, Beziehungen zwischen dem Blutdruck der A. brachialis und den Fingerarterien. Ann. d. kais. Milit.-med. Akad. Bd. 26, Heft 1, S. 23—35. 1913. (Russisch.)

Verf. hat an 837 Patienten Blutdruckbestimmungen der A. brachialis nach Riva-Rocci-Korotkow und der Fingerarterien nach Gärtner angestellt. In 604 Fällen war der Blutdruck in den Fingerarterien geringer als der dynamische systolische Druck in den A. brachialis, in 210 Fällen war er gleich hoch oder höher, in 23 Fällen höher als der statische systolische Druck in der A. brachialis, oder ihm gleich. Diese Tatsachen lassen sich nicht mit den üblichen Auffassungen der Blutzirkulation in Einklang bringen und bilden einen neuen Beweis für das Vorhandensein rhythmischer Kontraktionen der Gefäßwände. Durch die Herzsystole wird das Blut in diastolisch erweiterte Arterien getrieben, danach ziehen diese sich zusammen und treiben das Blut in kleinere Gefäße, worauf auch eine Kontraktion der letzteren folgt. Auf diese Weise läßt sich ein höherer Druck in den peripheren Gefäßen im Vergleich zu den zentralen erklären. *v. Dehn* (St. Petersburg).

Jeger, Demonstrationen zur Blutgefäß- und Herzchirurgie. Chir. Kong.

Er demonstriert einen Hund mit beiderseitiger Verpflanzung der Nierenvenen 10 Monate post operationem; Nierenfunktion völlig normal. Ferner

zeigt er einen Hund, dem vor 3 Monaten ein Stück seiner Aorta abdominalis durch ein solches seiner eigenen Carotis in der Weise ersetzt worden ist, daß aus letzterer durch eine plastische Operation ein weites Gefäßstück gebildet und letzteres zum Ersatz oder zur Aorta verwendet wurde. Demonstration von Präparaten (sämtlich von Hunden, die die Operation um längere Zeit überlebt haben): 1. Nach Operationen wie eben beschrieben; 2. Überbrückung einer Ligaturstelle der Vena cava durch ein Stück der Vena jugularis desselben Tieres; 3. End-zu-Seitimplantation einer durchschnittenen Arteria anonyma in die Arteria pulmonalis (künstlicher Botalloscher Gang); 4. End-zu-Endanastomose zwischen dem zentralen Ende einer durchschnittenen Arteria anonyma und dem peripheren der durchschnittenen linken Arteria pulmonalis; 5. freie Implantation eines Endes der herausgeschnittenen klappenhaltigen Vena jugularis in die linke Herzhöhle, des anderen in den Aortenbogen. (Gedankengang: Umgehung einer stenosiert gedachten Aortenklappe.) Selbstbericht.

Porta, Silvio, Neues Verfahren zur Gefäßvereinigung. (*Chirurg. Klin., Univ. Siena.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. **120,** S. 580—585. 1913.

An beiden Gefäßstümpfen werden durch 4 einander entsprechende vertikale Einschnitte 4 gleiche, einige Millimeter lange Läppchen eingeschnitten. Die durch die Mitte der Basis zweier gegenüberliegender Lappen durchgezogenen Doppelfäden werden beiderseits um die Seiten der Läppchen geknotet. Die gleichmäßige breite Aneinanderlagerung des Endothels, die Verminderung der Zahl von ins Lumen vorspringenden Fäden sind ein Vorteil der Methode, die dabei technisch leicht ist und absolut dichten Verschluß erzielen soll. *Sievers* (Leipzig).

Mauclaire, Gangrène superficielle avec phlyctène énorme après application d'une pommade à la céruse. (Oberflächliche Gangrän mit enormer Blasenbildung nach Applikation einer Bleisalbe.) Arch. gén. de chirurg. **7,** S. 292—294. 1913.

Chir. Kong. **Axhausen, Ergebnisse der experimentell freien Schleimhautüberpflanzung.**

Magen- und Blasenschleimhaut bleiben bei autoplastischer Überpflanzung erhalten. Das Epithel breitet sich aus und schließt sich zur Cyste ab. Homöoplastische Transplantate gehen zugrunde. *Katzenstein* (Berlin).

Davis, John Staige, The transplantation of rib cartilage into pedunculated skin flaps. An experimental study. (Experimentelle Arbeit über Transplantation von Rippenknorpel in gestielte Hautlappen.) (*Hunterian laborat. of exp. med., Johns Hopkins univ.*) Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. **24,** Nr. **266,** S. 116—117. 1913.

24 interessante Versuche über Transplantation von Rippenknorpel unter gestielte Hautlappen an 15 Hunden, welche die gute Ernährung und das Erhaltenbleiben der Form des Knorpels nach monatelanger Beobachtung ergeben haben. — 7 anschauliche Bilder. Bestätigung der Arbeiten von Mangoldt. *Kaerger* (Berlin).

Chir. Kong. **Eden, Tendo- und Neurolysis mit Fettplastik.**

In der Lexerschen Klinik wurde in sechs einschlägigen Fällen durch Autoplastik Fett zur Tendo- und Neurolysis benutzt. Bei der Tendolysis handelte es sich um eine sekundäre Verwachsung der Extensorensehnen, bei der durch Fetttransplantation eine vollkommene Streckfähigkeit erzielt wurde. Bei den vier Fällen von Neurolysis konnte einer nicht nachuntersucht werden, und einer ist erst vor vier Wochen operiert. In den beiden übrigen Fällen handelte es sich um eine Medianuslähmung, die durch Salvarsaninjektion entstanden war, und um eine Radialislähmung nach Radiusfraktur. In beiden Fällen wurde durch Lösung der Nerven aus den Verwachsungen und Umhüllung mit Fett eine Heilung der Lähmung erzielt. *Katzenstein* (Berlin)

Chir. Kong. **Hayward** berichtet über 4 Fälle von Fetttransplantation aus der Bierschen Klinik. Es handelte sich hierbei um teilweise oder vollkommene Entfernung der Mamma wegen gutartiger Affektion, bei denen der Defekt durch autoplastische Fetttransplantation ersetzt worden war. Das kosmetische Resultat war, wie die Demonstration ergab, ein gutes. *Katzenstein* (Berlin).

König, Fritz, Klinische und experimentelle Beobachtungen über Elfenbein-implantation. Chir. Kong.

Im Anschluß an frühere erfolgreiche Implantationen (Unterkiefer, Oberarm) berichtet König über Einheilung und Technik. Bei guter Asepsis treten Knochen und Weichteile in innigste Beziehung zum Elfenbein, das sogar vom Knochen durchwachsen und substituiert wird. Weichteile besonders wichtig. Wenn, wie es vorkommt, ein großer Bluterguß zu fistulösem Durchbruch geführt hat, so vermag eine Umhüllung des Elfenbeins mit sekundärer Muskelplastik die Fistel zum Schluß zu bringen. Bei Infektion ist das ausgeschlossen. Sichere Verankerung der Elfenbeineinlagen mit dem Knochen, innigste Umhüllung mit den sorgfältig zu schließenden Weichteilen ist Bedingung. Die großen Gelenke machen besondere Schwierigkeiten; hier können vielleicht die Muskeln direkt an die Elfenbeinprothese vernäht werden. Zu den erfolgreichen Fällen — der 1912 vorgestellte von Elfenbeinkieferimplantation ist geheilt geblieben — fügt K. einen weiteren. Die mitgebrachte Patientin trägt seit einem Jahr einen Elfenbeinersatz eines großen Teiles des Gelenks (Trochlea samt handbreiten Stück des unteren Humerus) im rechten Ellbogen. Sie bewegt das schmerzlose Gelenk, kann mit dem Arm heben, es besteht keine Fistel. K. empfiehlt erneut das Elfenbein bei Frakturen, bei Knochendefekten, einschließlich Gelenkenden, zu implantieren. Eine größere Arbeit wird die genaueren Daten liefern. Selbstbericht.

Brandes, Experimentelle Untersuchungen über den zeitlichen Eintritt der durch Inaktivität bedingten Knochenatrophie im Röntgenbilde. Chir. Kong.

Es war bei Kaninchen ein Stück der Achillessehne reseziert worden, um die Funktion des Fußes, vor allem des Calcaneus herabzusetzen und den Einfluß dieser Funktionsberaubung auf das Knochenskelett in verschiedenen Versuchsserien zu studieren. Außerdem wurde die durch Gipsverbände bedingte Immobilisationsatrophie am Kaninchenfuße ebenfalls im Röntgenbilde untersucht. Die projizierten Röntgenbilder zeigen das auffallend frühe Entstehen und die weitere Entwicklung der Inaktivitätsatrophie. Die aus den verschiedenen Untersuchungen gewonnenen Resultate faßt Brandes in folgende Sätze zusammen: 1. Der Kaninchencalcaneus ist ein ausgezeichnetes Objekt für derartige röntgenologische Untersuchungen über Knochenatrophie. Voraussichtlich lassen sich auf diesem Wege auch wertvolle vergleichende Resultate über die verschiedenen Atrophieformen gewinnen. 2. Die Inaktivitätsatrophie des Knochens kann nicht als eine späteintretende Form der Atrophie charakterisiert werden; an geeigneten Untersuchungsobjekten läßt schon eine einfache Funktionsverminderung eine rapide eintretende und schnell fortschreitende Knochenatrophie des Fußskeletts in Erscheinung treten. 3. Auch nach Immobilisation tritt in kurzer Zeit eine Inaktivitätsatrophie am Knochen ein. 4. Die in diesen Experimenten gefundenen Zeiten des Eintritts der Inaktivitätsatrophie sind noch kürzer als die für den Menschen angegebenen Zeitwerte des Eintritts der akuten, reflektorischen Atrophie. 5. Nach diesen Ergebnissen der Experimente scheint die sog. akute, reflektorische, trophoneurotische oder entzündliche Knochenatrophie der Hauptstütze ihres Existenzbeweises beraubt zu sein, genau so wie auch die Existenz einer reflektorischen, akuten Muskelatrophie durch die Arbeiten von Schiff und Zack (Wien) erneut bezweifelt werden konnte. Selbstbericht.

Park, Francis E., Isotonic sea-water injections in surgical cases. (Isotonische Seewasserinjektionen in chirurgischen Fällen.) Internat. journal of surg. **26,** S. 55. 1913.

Verf. hat in 100 Fuß Tiefe gewonnenes Seewasser als hervorragendes Tonikum bei kachektischen Krankheiten erprobt in subcutanen Dosen von 20 ccm. Er glaubt, daß es radioaktive Stoffe enthalte. *Gelinsky* (Berlin).

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Harbitz, Francis, Über angeborene Tuberkulose. (*Pathol.-anat. Inst., Christiania.*) Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 741—744. 1913.

Säugling starb am 25. Tage post partum an ausgedehnter Lungen- und Lymphdrüsentuberkulose; gleichzeitig starb die Mutter an Lungentuberkulose. Es wurde bei ihr eine miliare Aussaat, ferner Salpingitis tuberc. und Tuberkulose der Placentarstelle gefunden. Verf. hält die kindliche Tuberkulose in diesem Falle für angeboren, entweder durch hämatogene Infektion (Miliartuberkulose der Mutter!) oder infolge der Tuberkulose der Placentarstelle. Sonst beruht Säuglingstuberkulose zumeist auf Infektion in der ersten Zeit des extrauterinen Lebens; Impfversuche mit den Organen junger Säuglinge waren fast stets negativ. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Chir.Kong.

Rosenbach, Über die Behandlungsmethode tuberkulöser Herde durch örtliche Injektion von Tuberkulin Rosenbach.

Neben den zum größten Teil sehr günstigen Erfahrungen mit dieser Behandlungsmethode wurde anderseits über ungleiche Wirkung und erhebliche Reaktionserscheinungen geklagt. Da diese Klagen wohl auf die Unvertrautheit mit dem neuen Mittel zurückzuführen sind, bespricht Rosenbach die Wirkungsweise seines Tuberkulin und die Ursachen ungünstiger Erfahrungen. An erster Stelle wird betont, daß die Tuberkulinbehandlung nicht einer einfachen aktiven Innenwirkung gleichzustellen ist, wie z. B. der bei Diphtheritis. Das Tuberkulin veranlaßt im gesunden Körper weder tuberkulöse Erkrankung noch Tuberkulinreaktion. Der die letztere Reaktion auslösende biochemische Körper entsteht erst durch Hinzutreten einer zweiten Komponente zu dem Tuberkulin, welche im tuberkulösen Körper vorhanden ist, aber auch dem gesunden Körper durch das Einbringen von tuberkulösen Produkten mitgeteilt werden kann. Bei der Dosierung kann leicht das Tuberkulin abgemessen werden, nicht aber die andern Komponente, deren jeweilige Menge in einem tuberkulösen Herde resp. im ganzen Körper unbekannt ist. Es ist also die Aufgabe und Kunst des Arztes, trotzdem die richtige Dosis zu treffen. Dies ist leicht zu erreichen, wenn man allmählich von geringen Tuberkulindosen zu höheren aufsteigt, dann fällt nur äußerst selten die Reaktion unerwartet hoch aus und zwar unter besonderen Umständen. Als solche können genannt werden: 1. Wenn durch die Probeinjektionen eine bestehende Überempfindlichkeit nicht genügend hervorgetreten ist. 2. Wenn eine Sekundärreaktion analog der bei der Pirquetschen Probe sich einstellt. 3. Wenn das Tuberkulin auf einmal bei guter Resorptionsfähigkeit des Gewebes mit vielem tuberkulösem Material zusammentrifft. (Ausgedehnte Gelenke mit frischer Eruption auf der Synovialis. 4. Wenn sich's um Fälle mit vielen oder sehr großen Herden handelt (multiple Tuberkulose, Emphysem, Kongestionsabscesse usw.). Übrigens soll man sich durch eine starke Reaktion nicht erschrecken lassen, sondern nach völligem Abklingen derselben mit kleinen Dosen anfangend mit Tuberkulin Rosenbach weiter behandeln. — Bekanntlich bewirkt örtliche Injektion von Tuberkulin Rosenbach in einem tuberkulösen Herd, welcher käsige Massen, Nekrosen, Granulationen enthält, Eiterung. Sind jene Nekrosen nur in Form kleiner Partikeln oder Fasern vorhanden, so kann nach dem Aufbruch bei Fortsetzung der Injektionen allmählich Ausstoßung erfolgen. Bei erheblichen Nekrosen ist eine Operation erforderlich. Bei subcutaner Anwendung können auch z. B. bei Lungentuberkulose kleinere Nekrosen durch die Bronchien ausgestoßen werden. Erhebliche Eiterung kommt wohl kaum bei subcutaner Anwendung vor. Vielleicht könnten die bei alten Phthisen mit käsigen Depots beobachteten ungünstigen Reaktionen auf eine solche zu beziehen sein. In solchen Fällen wie auch bei Tuberkulose in den letzten Stadien ist die Behandlung mit Tuberkulin Rosenbach kontraindiziert. Selbstbericht.

Corper, Harry J., Lydia M. de Witt and H. Gideon Wells, The effect of copper on experimental tuberculous lesions. (Der Einfluß von Kupfer auf Impftuberkulosen.) (*Otho S. A. Sprague mem. inst. a. pathol. laborat., univ. Chicago.*) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 887—889. 1913.

Im Gegensatz zu deutschen Autoren (v. Linden, Meissen, Strauss u. a.) kommen

Verff. zu dem Ergebnis, daß Kupferverbindungen bei der Impftuberkulose des Kaninchens und Meerschweinchens keinerlei Heilwirkung zeigen. Eine Anreicherung des Kupfers im tuberkulösen Gewebe findet nicht statt; die bactericide Wirkung auf Tuberkelbacillen ist überraschend gering. Die therapeutischen Bestrebungen beim Menschen stehen daher auf sehr schwachen Füßen.

Kreuter (Erlangen).

Coues, Wm. Pearce, Syphilis and the surgical out-patient. (Syphilis in der chirurgischen Poliklinik.) Boston med. a. surg. journal Bd. **168,** Nr. **14,** S. 508—510. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **1,** H. 4, S. 140.

Geschwülste:

Wickham, Degrais et Slavik, Traitement des angiomes érectiles volumineux par le radium. (Behandlung der umfangreichen erektilen Angiome durch Radium.) (*Laborat. biol. du radium, Paris.*) Ann. d'électrobiol. et de radiol. Jg. **16,** Nr. 3, S. 191—193. 1913.

Erst mindestens 2 Jahre nach Abschluß einer Radiumbehandlung kann man von Heilung oder Rezidivfreiheit sprechen. Die große Erfahrung der Verff., deren Beobachtungsreihe schon die Zahl 1000 überschreitet, gestattet ihnen Schlüsse über die Radiumanwendung zu ziehen. Kleine Angiome können mit Röntgenstrahlen, Kohlensäureschnee, Elektrolyse oder anders behandelt werden, gestielte Angiome soll man excidieren. Verff. sprechen hier nur von: 1. den extrem umfangreichen, erektilen Angiomen; 2. von den verdeckten Schleimhautangiomen; 3. den subcutanen Angiomen. Während früher diese Angiome als unheilbar galten, haben Verff. jetzt deren eine große Anzahl geheilt. Sie führen von jeder Gruppe einige besonders schwere Fälle an, die sie zur Heilung brachten; so ausgedehnte Angiome der behaarten Kopfhaut bis auf Stirn und Auge reichend, zahlreiche der Nasen- und Mundschleimhaut, die Atmung und Nahrungsaufnahme des Kindes sehr erschwerten. Die Angiome der Conjunctiva palpebrarum wurden mit dünnen Platten behandelt, die mit Radium beschickt waren und unter das Lid geschoben wurden. Ein Angiom der Lippen, Zungen-, Wangen- und Rachenschleimhaut, das der Elektrolyse getrotzt hatte, wurde bisher vorzüglich gebessert. Subcutane Angiome kann man mit Kreuzfeuer bestrahlen, muß aber vermeiden, durch Überdosierung Teleangiektasien der Haut entstehen zu lassen. Bei sehr oberflächlichen, flächenhaften Formen eignet sich gut die Kombination von Radium mit der Kromeyerschen Lampe. *Hoffmann* (Dresden).

Bouquet, Henri, État actuel de la question du cancer envisagée surtout au point de vue pathogénique et thérapeutique. (Momentaner Stand der Krebsfrage vom pathologischen und therapeutischen Gesichtspunkt.) Bull. gén. de thérapeut. méd., chirurg., obstétr. et pharmaceut. Bd. **165,** Nr. 10, S. 356 bis 370, Nr. 12, S. 439—454 u. Nr. 13, S. 481—495. 1913.

Huguenin, B., Quelques remarques sur les tumeurs malignes des peuplades nègres de l'Afrique. (Einige Bemerkungen über bösartige Geschwülste bei afrikanischen Negervölkern.) Schweizer. Rundsch. f. Med. **13,** S. 529—534. 1913.

Verf. berichtet über ein Mammacarcinom bei einer 54jährigen Negerin, ein Hodensarkom bei einem 45jährigen Neger, ein Rundzellensarkom der linken Pleura bei einem 15jährigen Neger, ein Melanosarkom am Fuße mit Metastasen bei einer 35jährigen Negerin und ein Orbitacarcinom bei einem 60jährigen Neger, sämtlich den Bantus angehörig vom oberen Zambesi. Über die beiden letzten werden pathologisch-anatomische und klinische Befunde mitgeteilt. Maligne Tumoren sind bei den Negerstämmen Afrikas selten. Sarkome sind unter ihnen den Carcinomen gegenüber verhältnismäßig häufig. *zur Verth* (Kiel).

Verletzungen:

Kahn, Maurice, Gunshot wounds of the abdomen. (Schußwunden des Bauches.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 955—957. 1913.

Interessante Abhandlung über im Frieden beobachtete Bauchschüsse an der Hand von

13 Fällen. Von diesen sind nur 7 operiert worden; von den anderen 6 starben alle bis auf einen Ausnahmefall, der die Operation verweigerte und genas, entweder infolge Blutung auf dem Transport, oder wurden sterbend eingeliefert. — 10 mal war nur das Abdomen, 3 mal Brust und Bauch verletzt. — Diese letzteren 3 Fälle starben sämtlich, einer, der wegen Verletzungen des Zwerchfells, des Magens und des Mesenteriums laparotomiert worden war, ging wegen einer sekundären Lungenblutung 20 Tage nach der Operation ad exitum. Von den übrigen, bis 8 Stunden nach der Verletzung operierten Fällen starb einer = 17% Mortalität. — Unterschied zwischen der Häufigkeit der Bauchschüsse im Kriege und im Frieden; nach Jounge waren von 1053 Schußverletzungen des Burenkrieges nur 66 = 6% Bauchschüsse, während Verf. von 41 Schußverletzungen des Friedens 13 = 31% beobachtet hat. Die Einschußöffnung liegt am häufigsten vorn und an der Seite; 2 Fälle von Schuß in den Rücken starben an Blutung, ebenso sämtliche 3 Fälle von Schuß in die Brust, bei denen auch das Abdomen verletzt war. Transversal- und Schrägschüsse machen häufiger Perforation als die antero-posterioren. Wichtig ist die Richtung des Geschosses, der Einfallswinkel und die Stellung des Getroffenen im Augenblick der Verletzung. Anführung eines Falles von Schuß in das mittlere Drittel des Oberschenkels, der 82 Stunden nach der Verletzung an Peritonitis starb. Das Geschoß wird durch die Weichteile der Bauchhöhle nicht abgelenkt. Gegen die Lehre, daß Schüsse des Oberbauchs weniger gefährlich als die der Unterbauchgegend wären, spricht ein Fall, der, kurze Zeit nach der Verletzung operiert, 18 Stunden nach der Operation trotz Vorsorgung aller Perforationen starb. Daß sich im Kriege unter den Bauchverletzten eine größere Zahl Nichtoperierter als Operierter findet, ist nicht auf die Zivilpraxis anzuwenden; die lange Zeit bis zum Transport, der schwierige Transport, die unglücklichen, äußeren Operationsbedingungen im Kriege verhinderten den Eingriff. Trotz der mehrfach beobachteten Möglichkeit, daß eine eingedrungene Kugel keine Verletzung der Eingeweide gemacht hat, ist die sofortige Laparotomie bei jedem Bauchschuß im Frieden zu fordern. Genügend großer Medianschnitt, rasche, schonende Exploration und Stillung der Blutung. Starke Blutungen machen die soliden Organe, Leber, Milz, Niere, ferner Harnblase, Gallenblase, Magenwunden, Mesenterium, während die Eingeweide infolge Kontraktion in den ersten Stunden nach dem Schuß nur gering bluten. Bei Verletzungen des Magens und des Darmes kann nur ein Schußloch sich finden; Illustrationen eines Falles, wo bei 14 Verletzungen des Dünndarms 2 einfache waren. Vorschlag von Martin bei Magenschüssen, wo man die hintere Öffnung nicht finden kann, Kochsalzlösung durch die vordere einlaufen zu lassen. Bei nicht verunreinigten Wunden ist das Peritoneum vollkommen zu schließen; in zweifelhaften oder verunreinigten Fällen ist Drainage anzuwenden. *Kaerger.*

Chir.Kong. **Hackenbruch, Die ambulante Behandlung von Knochenbrüchen mit Gipsverbänden und Distraktionsklammern.**

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. I, Heft 3, S. 131.

Chir.Kong. **Zondek, Zur Lehre von der Struktur des Knochen-Callus.**

Während Julius Wolff die Knochenstruktur von Frakturen nach vollendeter Heilung festgestellt hat, hat Zondek diese Strukturverhältnisse im Verlaufe der Heilung untersucht. Der Vortr. berichtet über seine neuen einschlägigen Untersuchungen und die Bedeutung der Befunde für die Vorgänge in der Frakturheilung und die Maßnahmen bei der Frakturbehandlung. Selbstbericht.

Scheutz, Gustaf, Über die Gewöhnung an Unfallfolgen. (*Priv.-Klin. Prof. Dr. Hoeftmann, Königsberg i. Pr.*) Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurg. Bd. **12**, H. 1/2, S. 14—23. 1913.

Raecke, Über Psychosen und Neurosen nach Trauma. Zentralbl. f. Gewerbehyg. **1**, S. 13—15, 49—56 u. 106—113. 1913.

Nach einer gehirnanatomischen Einleitung werden die verschiedenen Schädigungen des Zentralnervensystems erörtert. Commotio cerebri ist häufig von Erbrechen begleitet, was für den nachherigen Gutachter von Wichtigkeit sein kann. Der Grad der grobanatomischen Gehirnverletzung ist unmittelbar nach dem Unfall schwer sicherzustellen. Solche können ohne Knochenverletzung und auch auf der Gegenseite (Contrecoup) entstehen und brauchen nicht zu Bewußtlosigkeit führen. Kombination von Commotio und Substanzverletzung ist häufig; letztere unter Umständen erst viel später durch Narbenreizung erkennbar. Außer zur Epilepsie kann ein Unfall auch zur Katatonie und Dementia praecox den Grund legen. Bei Luetikern kann progressive Paralyse ausgelöst werden. Die traumatische Entstehung von Geschwülsten, Tuberkeln und Abscessen ist unsicher. Bei bestehenden Tumoren ist Ver-

schlechterung durch traumatische Blutung möglich. Gehirnabsceß hat die Einwanderung von Eitererregern (von außen oder anderen Organen) zur Voraussetzung. Arteriosklerose entsteht nicht durch Trauma; wenn aber bereits vorhanden, tritt Verschlechterung ein. An Commotio kann sich auch ohne vorhergegangenes Potatorium Delirium (traumaticum) anschließen. Kommotionspsychosen längerer Dauer ähneln der Amentia, der Katatonie, welche mit dem Delirium traumaticum als primäres traumatisches Irresein zusammengefaßt werden, zum Unterschied von solchen Psychosen, die wohl mit dem Trauma durch Prodromalerscheinungen zusammenhängen, aber erst nach längerer Zeit entstehen. Dementia posttraumatica kann bis zur richtigen Verblödung führen und ist unter Umständen schwer von progressiver Paralyse abzugrenzen. In seltenen Fällen ist sie besserungsfähig; meist aber führt sie zu Verlust der ethischen Vorstellungen und zum Eintreten krimineller Neigungen. Bei psychopathisch Veranlagten kann auch ohne anatomische Schädigung durch den psychischen Shock allein schwere psychische Störung eintreten (traumatische Hysterie), mit depressiven Verstimmungen und Hypochondrie. Große Katastrophen (Erdbeben) können auch bei normalen Menschen psychische Störungen (häufig mit Alteration des Vasomotoriums) erzeugen. Degenerativ Veranlagte erkranken auch ohne psychischen Shock nach einem oft leichten Unfall (Rentenhysterie) bis zur traumatischen Dementia querulatoria. Eine solche darf aber nie als reine Unfallsfolge aufgefaßt werden! Für den Gutachter sind Daten aus der Vorgeschichte der Verletzten stets von großer Wichtigkeit. Was die Erwerbsfähigkeit anbelangt: Es ist falsch, eine traumatische Hysterie als gänzlich erwerbsunfähig hinzustellen. Bei der Epilepsie kommt es auf die Häufigkeit der Anfälle an. Chronisch Geisteskranke sind oft beschränkt erwerbsfähig. Im allgemeinen haben Länder, in welchen das Unfallgesetz Abfindung ermöglicht, bessere Resultate als solche mit Rentenbezug. *Wittek* (Graz).

Kriegschirurgie:

Fessler, Über die Wirkung der Spitzgeschosse. Chir. Kong.

Fessler hat die Lage, welche das Spitzgeschoß bei seinem Fluge einnimmt, studiert. Er ließ es durch Sägespäne fliegen, von Zeit zu Zeit war eine Pappwand eingeschaltet. Aus der Gestalt des Loches konnte er die Bewegungen des Geschosses rekonstruieren. Er kommt zu dem Ergebnis, daß das Geschoß, nachdem es irgendwo aufgeschlagen hat, sich nicht etwa einfach umdreht, sondern fortgesetzt pendelt. Steril können die Verletzungen mit der Spitzkugel nicht sein, da Kleider und, wie besonders der Tierversuch zeigt, Haare tief in die Wunde gerissen werden. Der günstige Wundverlauf ist daher eine Folge der Wundbehandlung. *Katzenstein* (Berlin).

v. Oettingen, Die Infektion im Kriege. Chir. Kong.

Im Gegensatz zu der Annahme v. Bergmanns muß man heutzutage daran festhalten, daß jede Wunde infiziert ist. Daher geht vieles auf primäre Infektion zurück, was man der sekundären zuschreibt. Man soll ausbluten lassen, aber dann zudecken. Die Unterlassung der Wundbedeckung führte zu 1% Tetanus bei den 63 000 russischen Verwundeten nach Mukden. Die Kranken selbst, aber auch die Helfer infizieren die Wunden durch unzweckmäßige oder unsinnige Maßnahmen. Spülungen mit Wasser oder giftige Antiseptica können nur schädlich wirken. Auch das Jodoform will er verdammen. Er rügt ferner die Unterlassung der Fixation. Statt sich über Sondierungen zu beschweren, soll man einfach die Sonde aus dem Instrumentarium entfernen. Er hat sie nie gebraucht. Die schädliche Tamponade entspringt einer unbegründeten Angst vor Blutungen. Es gilt der Grundsatz, daß eine Blutung entweder tödlich oder harmlos ist. Die gewöhnliche Form der Heilung ist die unter Schorf mit nekrotischen Rändern und sekundärer Granulation. Redner glaubt, daß in den Statistiken, auf welche er aus den verschiedenen Gründen wenig Wert gelegt wissen will, diese Wunden mit Unrecht als nichtinfektiös geführt werden.

Die Kriegsphlegmone hat nicht den fortschreitenden Charakter, wie wir ihn vom Frieden kennen. Was als Abscesse aufgeführt wird, ist allermeistens Eiterverhaltung unter dem Verband und beruht auf primärer Infektion. Den Satz, daß der erste Verband das Schicksal entscheidet, will er heute zugeben, wenn man die Fixation hinzunimmt. Die Hauptsache seien die drei Fixationen: 1. Fixation der Bakterien durch Jodtinktur oder besser Mastisol. 2. Fixation der verletzten Stellen und 3. Fixation des Kranken am Lager. Die Tragbahre kann dabei sehr vorteilhaft alle Schienen ersetzen. Er betont die Vorteile der Suspension bei Kriegsphlegmone, beklagt ihre zu seltene Anwendung und glaubt, daß alle Wadenschüsse durch sie glatt heilen würden. *Katzenstein* (Berlin).

Chir. Kong.

Coenen, Kriegschirurgische Erfahrungen während des Balkankrieges in Athen.

Coenen hat mit Dr. Thom 665 Schußverletzungen in Athen behandelt. Es starben 7 Patienten; fast $^3/_4$ aller zeigte reaktionslose Wundheilung. 30 schwer Phlegmonen wurden mit ausgiebigen Incisionen und 4 Amputationen behandelt. Bei 23 Gelenkschüssen wurde viermal reseziert, einmal amputiert. Die übrigen Gelenke heilten glatt, aber in einigen Fällen mit arthritischen Erscheinungen. Von 94 komplizierten Schußfrakturen heilten 83 primär, 11 mit Komplikationen, eine mit Amputation. Die Aneurysmen, von denen 5 operiert wurden, werden am besten, wenn sie sich abgekapselt haben, operiert; man muß sie operieren bei Ruptur. Blutet der durchschnittene periphere Stumpf der abführenden Arterie nicht, so ist die Gefäßnaht zu machen. 2 vitale Bluttransfusionen hatten guten momentanen Erfolg. Die Nervenverletzungen sind an den oberen Extremitäten häufiger, als an den unteren. Auch bei den diametralen Schädelschüssen muß trepaniert werden, wenn Herdsymptome vorhanden sind. Die Rückenmarkschüsse gehören zu den traurigsten Kriegserinnerungen. (Demonstration von 16 anatomischen Präparaten von Schußverletzungen.) Selbstbericht.

Chir. Kong.

Goldammer, Kriegschirurgische Erfahrungen im Balkankrieg.

Hinsichtlich der Häufigkeit infizierter Wunden kommt er zu anderen Anschauungen als Coenen. Er stand dicht hinter der Front bei Janina. An dieser Stelle häufen sich die infizierten Verletzungen, indem die Nichtinfizierten abgeschoben werden. Zuletzt waren unter 52 Fällen 47 infizierte. Er ist zufrieden mit dem griechischen Verbandpäckchen, unzufrieden mit der Fixation der Knochenbrüche. Wieviel auf die erste Versorgung der Wunde ankommt, sah er in Saloniki, wo von 400—500 türkischen Verwundeten fast alle infiziert waren, weil wegen der herrschenden Demoralisation sich niemand um sie gekümmert hatte. Er glaubt durch Stauung viel Infizierte gerettet zu haben. Bei komplizierten Frakturen wendet er ohne Rücksicht auf Sequester u. dgl. den gefensterten Gipsverband an. Bei den großen Granatenverletzungen fand er die Sonnenbehandlung sehr vorteilhaft. *Katzenstein* (Berlin).

Chir. Kong.

Kirschner, Chirurgische Erfahrungen vom Balkankriegsschauplatz.

Er beobachtete 1000 Fälle, von denen 300 operiert wurden. Die erste Zeit arbeitete er in Sofia, später dicht bei Adrianopel in Mustapha Pascha. Die Güte der Resultate wächst mit der Entfernung vom Kriegsschauplatz. Er sah Infektionen in 33% bei Knochenschüssen, 37% bei Gelenkschüssen und gar in 50% bei Gefäßverletzungen. Hierfür anzuschuldigen ist in erster Linie der Transport, anfangs über 150 km, später über 75 km, auf einfachen Ochsenkarren, ohne Decken oder sonstige Unterlagen. Nach der Einlieferung waren die Patienten, soweit sie überhaupt noch am Leben waren, völlig erschöpft und bedurften eines tagelangen Schlafes, ehe man den geringsten Eingriff wagen konnte. Außerdem fehlte es an der notwendigsten Immobilisierung; weder Gips noch Schienen waren verwendet worden. Der Verband bedeckte die Wunde meist nicht einmal, weil er nicht kriegsmäßig ausgeführt worden war. Man muß ihn festkleben, und zwar mit Mastisol über die ganze Extremität. So ausgeführte Verbände kamen in Sofia tadellos an. *Katzenstein* (Berlin).

Frank, Kriegserfahrungen. Chir. Kong.

Redner leitete auf griechischer Seite in Saloniki, sodann in Leukas, ein Hospital. Da es sich um mittlere Etappen handelte, so wurde wenig operiert. Die Behandlung hinter der Gefechtslinie war auf griechischer Seite zweckmäßig, nur wurde vielleicht zu viel Jodtinktur gepinselt. Das Verbandpäckchen nach französischem Muster erwies sich als zweckmäßig, und seine Verwendung geschah in geeigneter Weise. Ein Unterschied zwischen Jodtinktur und Mastisol ergab sich nur insofern, als mit letzterem auch das Ungeziefer festgeklebt wurde. Fixierende Verbände kamen auch bei isolierten Weichteilsverletzungen zur Anwendung, wenn diese ausgedehnter waren. Infiziert waren meist nur die Artillerieschüsse, konnten aber trotzdem allermeistens konservativ behandelt werden. Eine Gasphlegmone, kein Tetanus. Verletzungen des Abdomens, des Thorax heilen unter Ruhigstellung. Nur in seltensten Ausnahmefällen, je einmal mußte operiert werden. Als Objekt für die Operationen bleiben Schädelverletzungen, Extremitäten-, Nerven- und Gefäßverletzungen. In der vorderen Linie wurde zu früh trepaniert und die Trepanierten zu früh entlassen. Die Nervenoperation wurde den größeren Hospitälern vorbehalten. Häufig sind Weichteilsverletzungen der unteren Extremitäten, insbesondere, 25%, der Wadenschuß, der sehr schmerzhaft ist und ein großes Hämatom bildet. Dieses kommt zur Vereiterung. Trotz Incision und Drainage kommt es gelegentlich zu Gangrän der Muskulatur. *Katzenstein* (Berlin).

Mühsam, Die im deutschen Roten-Kreuz-Lazarett in Belgrad beobachteten Gehirn-, Rückenmarks- und Nervenverletzungen. Chir. Kong.

Unter 22 im deutschen Roten-Kreuz-Lzaarett in Belgrad beobachteten Kopfschüssen waren die Mehrzahl Kontur-, Weichteil- oder Knochenschüsse, bei denen das Gehirn nicht mit betroffen war. Bei einem Fall von Längsschuß durch den Kopf, bei dem die Kugel neben dem Scheitelbeinhöcker herein- und über dem medianen Drittel der Clavicula herausgegangen war, fehlten cerebrale Erscheinungen, ebenso bei 2 Querschüssen durch den Kopf.

Cerebrale Erscheinungen sind nur bei 3 Konturschüssen beobachtet worden und zwar nach einem Konturschuß eine Commotio, bei einem zweiten eine vorübergehende Amaurose des gleichseitigen Auges, bei einem dritten eine Lähmung der kontralateralen Hand und des Vorderarms. Während die beiden ersteren Fälle ohne Operation heilten, mußte der letzte operiert werden. Bei der etwa 4 Wochen nach der Verwundung vorgenommenen Trepanation fanden sich 8 Knochensplitter ins Gehirn eingedrungen und wurden entfernt. Eine nach der Operation hinzugekommene kontralaterale Facialis- und Beinlähmung ging zurück. Die Armlähmung blieb aber bestehen.

Rückenmarksverletzungen sind zweimal beobachtet worden und zwar in beiden Fällen Kontusionen bzw. Hämatomyelien. Im ersten Falle saßen Einschuß und Ausschuß auf der gleichen Seite und es handelte sich um eine einseitige Lähmung der unteren Extremitäten, welche sich sehr wesentlich besserte. Im zweiten Falle war der Einschuß 2 Querfinger breit über dem medianen Drittel der linken Clavicula, der Ausschuß an der rechten Spina scapulae. Hier waren zunächst Lähmungen, dann starke Spasmen in beiden Beinen mit Steigerung der Patellarreflexe vorhanden. Der Zustand besserte sich, doch blieben bis zuletzt Spasmen, Kniescheiben- und Fußklonus und ausgesprochener Babinski zurück. Plexusverletzungen sind 3 beobachtet worden. Der erste Fall betrifft den oben kurz erwähnten Längsschuß des Kopfes, der zweite und dritte Fall betreffen Halsschüsse. Die Symptome waren bei allen 3 ausstrahlende Schmerzen, Schwäche, Bewegungsbehinderung des betreffenden Armes. In allen Fällen trat Besserung ein. Lähmungen peripherer Nerven kamen 7 zur Beobachtung. 2 Plexuslähmungen waren durch Schulter-, bzw. durch Schlüsselbeinschüsse hervorgerufen. Die nervösen Erscheinungen bei dem Schlüsselbeinschuß besserten sich von selbst. Bei dem Schulterschuß wurden die Nerven in der Achselhöhle freigelegt, in Narbengewebe eingebettet gefunden und durch Neurolyse aus der Narbe

befreit. 14 Tage nach der Operation begann Patient seinen bis dahin gelähmten Arm wieder zu bewegen. Von 3 Radialisverletzungen war eine durch Schuß auf das Schlüsselbein bedingt. Sie blieb ungeheilt. Zwei andere waren durch Schüsse durch den Oberarm verursacht. In einem Falle, in dem es sich nur um eine Kontusion des Nerven handelt, ging die Lähmung nach etwa 6 Wochen zurück. Im zweiten Falle wurde 6 Wochen nach der Verwundung zur Operation geschritten. Der Nerv fand sich durchschossen und wurde vernäht. 2 Peroneuslähmungen besserten sich von selbst; es handelte sich wohl nur um unvollkommene Zerreißung oder Kontusion des Nerven.

Selbstbericht.

Chir.Kong. **Jurasz, Kriegschirurgische Erfahrungen im Balkankrieg.**

Jurasz sah 12 Hirnschüsse, darunter 11 infizierte. Diese wurden gespalten, die Splitter entfernt, die Wunde offen gelassen. 3mal kam es zu Spätabscessen. In einem Fall von Haarseilschuß unter das Periost kam es dennoch zu Osteomyelitis. Für die schlechten Resultate verantwortlich ist die unzweckmäßige erste Behandlung, besonders das übertriebene Tamponieren der türkischen Ärzte. Unter den Rückenmarksverletzungen fand er 2mal reine Commotio ohne Verletzung des Knochens und ohne Hämatom. Liquorbeschaffenheit normal. Trotzdem schlaffe Lähmung, Inkontinenz, Hypästhesie. Spontane Heilung. Bei einem Steckschuß des Rückenmarks wurde die Kugel aus der Cauda equina entfernt. Rückgang der Lähmungen binnen 3 Monaten. Auch am Nerven kommen Kontusionen vor, so in einem Falle, wo der Plexus brachialis durchsetzt war. Spontaner Rückgang der Lähmungen.

Katzenstein (Berlin).

Chir.Kong. **Kirschner** gibt das Vorkommen derartiger Fälle von spontanem Rückgang der Lähmungen zu, kommt aber zu dem Ergebnis, daß man in jedem Fall freilegen soll, da es unmöglich ist, diese Fälle gegen solche abzugrenzen, bei denen der Eingriff geboten ist: nämlich Zerreißungen, Gegenwart irritierender Fremdkörper, Einmauerung des Nerven im Narbengewebe. Im letzteren Fall empfiehlt er, den Nerven nach der Neurolyse in Fascia lata einzubetten. *Katzenstein* (Berlin).

Chir.Kong. **Clairmont, Behandlung der Schädelschüsse im Kriege.**

Bei Segmentalschüssen des Schädels darf zur Erweiterung des Schußkanals der Knochen nicht entfernt werden, da hier leicht zu große Defekte entstehen. Der Tangentialschuß ist der gefährlichste Schuß, weil hierbei der Einschuß sehr groß ist. Es muß die Kugel primär entfernt und die Wunde ohne Drainage geschlossen werden. Die Diametralschüsse sind konservativ zu behandeln. *Katzenstein* (Berlin).

Chir.Kong. **Colmers** hat 18 Schädelschüsse gesehen. Von zwölf Operierten starben sieben infolge Encephalitis.

Chir.Kong. **Dilger** teilt seine Erfahrungen über Schußfrakturen der Diaphyse von langen Röhrenknochen mit. Auch er betont die Wichtigkeit einer guten Immobilisierung. Streckverband an der oberen Extremität, zirkulärer Gipsverband an der unteren Extremität. Die Amputation versucht er meist durch Resektion zu umgehen, hatte jedoch am Oberschenkel sehr schlechte Erfolge. 3 Todesfälle. *Katzenstein* (Berlin).

Chir.Kong. **Lotsch, Schußverletzungen der Blutgefäße.**

Lotsch spricht auf Grund persönlicher Erfahrungen aus dem türkisch-bulgarischen Kriege und kommt zu folgenden Schlußsätzen: 1. das moderne Spitzgeschoß verursacht häufig Gefäßschüsse. 2. Abgesehen von den sofort tödlichen Blutungen sind infolge der Kleinheit von Ein- und Ausschußöffnung starke primäre Blutungen, die zu sofortigem operativem Eingreifen zwingen, relativ selten. 3. Alle Grade der Gefäßverletzung vom Streifschuß bis zum Lochschuß bzw. Abschuß kommen zur Beobachtung. 4. Häufig sind Arterie und Vene gleichzeitig verletzt. 5. Meist kommt es zur Bildung eines „stillen Hämatoms", das nach mehreren Tagen eventuell zu pulsieren beginnt und zum Aneurysma spurium wird. 6. Alle Schußverletzungen in der Nähe

großer Gefäße sind auch ohne jedes Hämatom der wandständigen Thrombose dringend verdächtig und wegen der Emboliegefahr sorgfältigst ruhig zu stellen. 7. Gut fixierte „stille Hämatome" dürfen mit guten Transportmitteln unbedenklich in die Feldlazarette überführt werden. Die Blutungsgefahr ist auf den Wundtäfelchen zu vermerken. 8. Nur bei drohender Ruptur, bei Gefahr der Druckgangrän und bei Vereiterung sollte primär ligiert werden. Bei sachgemäßer Ruhigstellung und eventueller Kompression werden viele Gefäßschüsse ohne Operation heilen. 9. Unter den immerhin primitiven Verhältnissen der Truppen- und Hauptverbandplätze sind Gefäßunterbindungen schwierig und zeitraubend. Unnötige Ligaturen sind deshalb auf den Verbandplätzen zu vermeiden und den rückwärtigen Formationen zu überlassen. 10. Blutungen zwingen in jedem Falle zu sofortigem Eingreifen in Narkose und unter Blutleere. 11. Stets ist die doppelte Unterbindung dies- und jenseits der Verletzungsstelle anzustreben. Unter ungünstigen Verhältnissen ist diese Forderung auch für den Geübten schwierig, dem weniger Geübten unmöglich. Als Ersatz tritt die Ligatur am Orte der Wahl ein. 12. Die Technik der Gefäßunterbindungen hat für die Kriegschirurgie erheblich an praktischer Bedeutung gewonnen. Mehr denn je sollte in den Operationskursen an der Leiche die Unterbindung auch kleinerer Gefäße geübt werden. 13. Bei Spätblutungen nach etwa 4 bis 9 Tagen kann wenigstens an den Extremitäten bestimmt auf einen ausreichenden Kollateralkreislanf gerechnet werden. 14. Aneurysmen versucht man zunächst durch Kompression zu behandeln. Die obengenannten Gründe können jedoch jederzeit zum Eingreifen zwingen. 15. Wenn möglich sind Aneurysmenoperationen den stehenden Lazaretten zu überlassen. Hier kann unter den Verhältnissen der Friedenspraxis operiert und nach doppelter Ligatur der zu- und abführenden Gefäße die Exstirpation des Aneurysmensackes ausgeführt werden. 16. Die Gefäßnaht ist nur in einer verschwindend geringen Zahl von Fällen wirklich unerläßlich, dann soll sie allerdings mit allen Mitteln unter den bestmöglichen Verhältnissen angestrebt werden. Primäre Gefäßnähte auf den Verbandplätzen sind unmöglich.

Selbstbericht.

v. Frisch, Kriegschirurgische Erfahrungen über Aneurysmen. Chir. Kong.

Vortr. hat 16 Aneurysmen beobachtet, von denen er 15 operiert und geheilt hat. Der eine nicht operierte Fall heilte ebenfalls. Regelmäßig bestanden sehr große Schmerzen. Die Indikation der Operation sah er in einer Störung der Funktion sowie im Größerwerden des aneurysmatischen Sackes. Er hat in sämtlichen Fällen die Exstirpation des Aneurysma nach doppelter Ligatur vorgenommen und hält Gefäßtransplantationen nicht für erforderlich, da es sich um junge Leute handelt, bei denen die Ausbildung eines arteriellen Kollateralkreislaufs sehr wahrscheinlich ist. Es trat in seinen fünfzehn operierten Fällen keine Gangrän auf. *Katzenstein* (Berlin).

Coenen, Ideale Aneurysmaoperation. Chir. Kong.

Coenen hat in Athen bei einem hochsitzenden, arteriovenösen Aneurysma des Oberschenkels durch einen Mauserschuß, da kein genügender Kollateralkreislauf vorhanden war, nach der Exstirpation des Aneurysmas die Kontinuität der Gefäßbahn der resezierten Arterie und Vene durch Implantation der Vena saphena vom anderen Bein wiederhergestellt (23. II. 13). Der Erfolg war vollkommen, der Puls in der Art. dors. pedis gut fühlbar. Trotz der vielen Manipulationen in der Wunde, die die 4 Gefäßnähte erforderten, trat keine Wundstörung ein. Selbstbericht.

Dreyer, Beobachtungen von Gangrän während des Balkankrieges. Chir. Kong.

Beobachtungen von 31 Fällen von Fußgangrän bei Leuten, die tagelang mit feuchten Stiefeln herumzulaufen gezwungen waren. Die Temperatur war nicht sehr niedrig, so daß es sich um eine Erfrierung unmöglich handeln konnte. Die türkischen Soldaten tragen Schnürschuhe und Wickelgamaschen, und wenn die Gamaschen feucht werden, so üben sie einen stärkeren Zug aus als im trockenen Zustande und

schaffen so eine Prädisposition zur Gangrän. Vortr. empfiehlt statt der auch im deutschen Heere bei Offizieren eingeführten Schnürschuhe die Verwendung des hohen Stiefels. Da dieser, wenn er naß geworden, nur unter großen Schwierigkeiten aus- und anzuziehen ist, so empfiehlt Vortr. die Verwendung eines Modells, das er demonstriert und bei dem der weiche Schaft mit Schnallen zu öffnen und zu schließen ist.
Katzenstein (Berlin).

Chir.Kong.

Korsch, Kriegschirurgie.

Er berichtet über günstige Beobachtungen aus dem vorigen türkisch-griechischen Kriege, in welchem die Griechen geschlagen wurden und ihre Verbandpäckchen nicht benutzten. Der Transport mußte durch Träger geschehen und schadete aus diesem Grunde wenig. K. hat sehr viel Gips benutzt; gegenüber dem Mastisol hat er das Bedenken, daß es durch Blutungen aufgeweicht würde und dann Infektionen erlaubt. *Katzenstein* (Berlin).

Chir.Kong.

Zur Verth, Seekriegsverletzungen.

Quellen zur Erkenntnis der Seekriegsverletzungen sind: 1. die theoretische Überlegung; 2. Friedenserfahrungen (Unglücksfälle); 3. Seekriegserfahrungen, besonders die Erfahrungen der Japaner in ihren beiden letzten großen Seekriegen. Leichenschießversuche liegen für die Schiffsartillerie nicht vor. Das Kriegsinstrument im Seekrieg ist nicht wie am Lande der Mensch, sondern das Kriegsschiff. Demgemäß sind auch die Waffen im Seekrieg andere wie am Lande, nämlich in erster Linie schwere Artillerie, weiter Minen und Torpedos. Drei Viertel aller Seekriegsverletzungen auf japanischer Seite waren Artillerieverletzungen (davon $^2/_3$ durch direkte und $^1/_3$ durch indirekte Geschosse hervorgerufen), ein Viertel entstand durch Minen und Torpedos (davon mehr als die Hälfte durch indirekte Geschosse). Neben den Verletzungen durch feindliche Waffen bringt das Seegefecht eine recht große Zahl von Verletzungen, die durch das Kriegshandwerk selbst entstehen. Als Durchschnittszahlen an Gefechtsverletzungen sind mit sehr großen Abweichungen nach oben und nach unten nach japanischen Berechnungen im Zukunftsseegefecht 20% Verluste zu erwarten, davon 4% tot, 8% schwer und 8% leicht verletzt. Die Verluste im Seegefecht sind, soweit sie zur ärztlichen Versorgung kommen nach oben begrenzt, da bei Überschreitung einer gewissen Anzahl das Schiff selbst zu sehr zerstört ist und dem sicheren Untergange anheimfällt. Brauchbarere Auskunft als über die Zahl geben die japanischen Berichte über die Verletzungsart. Ein Viertel aller Seekriegsverletzungen sind Quetschungen, mehr als ein Drittel Quetschwunden, etwa ein Sechstel Schußkanäle (Steckschüsse und Durchschüsse), ein Zehntel Zermalmungen und Verstümmelungen, ein Zehntel Verbrennungen und ein Zwanzigstel Augen- und Ohrenverletzungen. In rund 5% sind Eingeweideverletzungen zu erwarten, in 20% Knochenbrüche. Bemerkungen über Sitz, Ausgang, Heilungsdauer und Infektion der Seekriegsverletzungen folgen. Selbstbericht.

Delorme, E., Des enseignements de la guerre des Balkans (campagne de Thrace 1912). Blessures par les armes de guerre. (Lehren des Balkankrieges. [Thracescher Feldzug 1912.] Verwundungen durch Kriegswaffen.) Bull. de l'acad. de méd. Bd. **69**, Nr. 15, S. 316—343. 1913.

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Page, H. M., Nitrous oxide and oxygen in major surgery. (Die Stickoxydul-Sauerstoffnarkose bei größeren chirurgischen Eingriffen.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 5. Sect. of anaesthet. S. 27—37. 1913.

Verf. hat die Stickoxdul-Sauerstoffnarkose zum Teil mit Beigaben von Äther in 94 Fällen geprüft. Er betont als Nachteil der Methode, daß es sehr großer Erfahrung bedürfe, um sie bei größeren Eingriffen erfolgreich und sicher anwenden zu können. Außerdem sei sie die teuerste. Dagegen würde wohl niemand bestreiten, daß sie die sicherste und am wenigsten toxische Anästhesierungsmethode

sei. Kontraindikationen: Vorgeschrittene Herz- und Gefäßdegenerationen, starkes Emphysem und Behinderung der freien Atmung. Bei schwereren Eingriffen (Laparotomien) hat er in 66% der Fälle Äther zugeben müssen; man soll die nötige Tiefe der Narkose durch diese Beigaben, nicht durch Vermehrung der N_2O-Gabe zu erzielen versuchen. Besonders indiziert ist die Methode bei verzweifelten Fällen von Toxämie, Shock und Verblutung, bei Diabetes und Nieren- und Genitalerkrankungen. Todesfälle wurden nicht beobachtet, Erbrechen ist selten, Überdosierung durch zu hohen Druck möglich. Dabei wird die Atmung mit Betonung der expiratorischen Phase erschwert und steht endlich still. Die Gefahren, die diese, wie jede andere Anästhesierungsmethode hat, kann ein geschickter Narkotiseur vermeiden. *Kulenkampff* (Zwickau).

Klauser, R., Phrenicuslähmung bei Plexusanästhesie. Bemerkungen zum Artikel von Dr. R. Sievers. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 16, S. 599—600. 1913.

Verf. glaubt, daß die vereinzelt berichteten Nachwirkungen bei der Plexusanästhesie, die sich für jeden Beobachter anders abspielten, sicher eine gemeinsame Grundlage haben. Er berichtet über 3 Fälle, die in gleicher Weise verliefen: sofort beim Einstich Schmerzen im Rücken; Verf. glaubte sich zu weit lateral, korrigierte die Stellung und traf prompt den Plexus. $^3/_4$ Stunden später klagte der eine Patient plötzlich über heftige Schmerzen in der Gegend unter der Achsel und der rechten Rückenseite, kann kaum atmen und macht den Eindruck eines, der die Rippe gebrochen hat. Nach $^1/_4$ Stunde totale Besserung, am nächsten Tage nur noch geringe Schmerzen. Die beiden anderen Fälle verliefen ganz gleich, aber viel leichter. Verf. glaubt, daß er vielleicht den Thoracicus longus mit der Nadel getroffen hat und dadurch einen Reizzustand des von ihm versorgten Serratus anticus erzeugt habe. Mit dem Gedanken an eine Phrenicuslähmung und der Erklärung Heiles kann er sich nicht befreunden. Unerklärt bleibt ihm, weshalb dieser Reizzustand erst $^3/_4$ Stunden später eintrat.
Kulenkampff (Zwickau).

Roith, Über die Anästhesie der Nervi vagi und ihre physiologische Bedeutung. (Mittelrhein. Chirurgenvereinig., Sitz. 15. II. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 15, S. 556—557. 1913.

Roith hatte dreimal Gelegenheit (bei welcher Operation wird nicht erwähnt) beide N. vagi in der Mitte des Halsteiles unterhalb des Abganges des N. laryng. sup. durch Anästhesierung zu unterbrechen. Er sah eine motorische Lähmung des Kehlkopfes; nennenswerte Veränderungen in der Atmung, in der Pulsfrequenz und im Blutdruck fand er angeblich nicht. Auf Grund dieser Beobachtung kommt er zu dem Schlusse, daß der N. vagus mit Ausnahme der zum Kehlkopfe verlaufenden Fasern dem autonomen System zuzurechnen ist. Auch will R. dadurch den Beweis erbracht haben, daß der Vagus bei der Sensibilitätsverteilung der Organe des Oberbauchraumes keine Rolle spielt. *Hirschel* (Heidelberg).

Desinfektion:

Sorel, Robert, Étude sur la désinfection des mains. (Über die Händedesinfektion.) Arch. prov. de chirurg. Bd. **22,** Nr. 3, S. 159—166. 1913.

Roberts, W. O., Anent the so-called iodin methods of skin sterilization. (Über die sogenannte Jodierungsmethode zur Hautdesinfektion.) Internat. journal of surg. **26,** S. 56—61. 1913.

Geschichtliche Darstellung des Gebrauchs von Jodverbindungen und Lösungen von Grossich. Genaue Beschreibung der Grossichschen Anwendungsweise auf die trockene, ungewaschene Haut in 5 oder 2,5% alkoholischer Lösung. Mitteilung der Nachteile, Blasenbildung der Haut und Adhäsionsbildung bei Laparotomien, ersteres vermeidbar durch schwächere Lösung, letzteres durch Verdunsten der Lösung und Eröffnung der Bauchhöhle bei absolut trockener Haut. *Gelinsky* (Berlin).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Bilhaut, M., La ligature mécanique en chirurgie. (Die mechanische Ligatur in der Chirurgie.) Ann. de chirurg. et d'orthop. Bd **26**, Nr. **3**, S. 65—69. 1913.

Verf. verficht sehr die Anwendung der mechanischen Gefäßligatur mittels feiner Nickelklammern nach Michel. Sie haben eine ähnliche Form wie die bekannten zur Hautvereinigung verwandten. Die Anlegung an das vorher mit einer Pinzette gefaßte Gefäß geschieht mittels einer Klemme, die, vorher mit einer Klammer armiert, diese um das Gefäß herum zusammendrückt (nach Art der gebräuchlichen kleinen Apparate zum Heften von Büchern). Verf. benutzt die Klammern auch zu anderen Zwecken, z. B. zur Vereinigung von Peritonealblättern in der Tiefe, wo die Anlegung einer Naht sonst große Schwierigkeiten machen würde. Die Klammern sollen anstandslos einheilen, bis jetzt habe sich noch keine wieder ausgestoßen. Das Verfahren habe den Vorzug der Schnelligkeit und Leichtigkeit. Zum Schluß bedauert Verf. sehr, daß das Verfahren in Frankreich so wenig Anklang finde, und befürchtet, daß die französische Erfindung einmal als: Made in Germany nach Frankreich rückimportiert werden könnte.

Neumann (Heidelberg).

Chir.Kong. **Spechtenhauer** demonstriert Instrumente, die rasche Ausführung der Trepanation ermöglichen.

Flemming, A. L., Demonstration of a modified and simplified apparatus for administering gas and oxygen without ether. (Demonstration eines modifizierten und vereinfachten Apparates für die Stickoxydul-Sauerstoffnarkose ohne Äther.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. **5**. Sect. of anaesthet. S. 43. 1913.

Chir.Kong. **Klapp, Über einen neuen Überdruckapparat.**

Klapp hat den Vorversuch gemacht, die bisher nicht völlig gelösten Forderungen bei seiner Konstruktion zu berücksichtigen, und zwar hauptsächlich die Vermeidung des Erbrechens und die Vermeidung der Aufblähung des Magens. Diese beiden Forderungen sind dadurch gelöst, daß die Luft durch zwei in die Nase eingesteckte elastische Röhrchen eingeblasen und eine Magensonde in den Magen eingeführt wird. Nach dem Prinzip der kommunizierenden Röhren wird eine Ansammlung von Luft im Magen verhindert, der Mageninhalt fließt durch den Katheter ab. Im übrigen ist auf möglichste Einfachheit Rücksicht genommen. Der Luftdruck wird durch einen Blasebalg erzeugt, die Gleichmäßigkeit des Luftstromes durch einen am Anfang und Ende der Schlauchleitung eingeschalteten elastischen Beutel gewährleistet.

Katzenstein (Berlin).

Whiteford, C. Hamilton, Pillow and straps for maintaining the „Fowler position". (Kissen und Gurte zur Einhaltung der „Fowlerschen Lage".) Lancet Bd. **184**, Nr. 15, S. 1033. 1913.

Verf. beschreibt eine Vorrichtung zur Einhaltung der Fowlerschen Lage, die sich ihm seit 3 Jahren als praktisch bewährt hat. Das Wesentliche derselben ist, daß der Kranke gestützt wird durch ein 2 Fuß langes, 1 Fuß breites fest gepolstertes Kissen, das quer unter die rechtwinklig gebeugten Oberschenkel geschoben ist und durch am Kopfende des Bettes befestigte Gurte in seiner Lage gehalten wird. Ein Einschnitt in der Mitte der unteren Kante dient der Erleichterung der Stuhl- und Urinentleerung.

Wehl (Celle).

Radiologie:

Kronecker, Franz, Röntgenaufnahmen auf Bromsilberpapier. Eine Methode zur wesentlichen Vereinfachung und Verbilligung der Radiographie. Allg. med. Zentral-Zeit. 82, S. 137—139. 1913.

Die Verwendung von Bromsilberpapier anstatt Platten empfiehlt sich, wenn es nicht auf große Feinheit der Röntgenbilder ankommt, also bei Frakturen, Luxationen, Fremdkörpern und bei Übersichtsaufnahmen. — Der größte Vorzug des Papiers ist seine Billigkeit (ca. 150% billiger als Platten). Ferner ist das Bild sehr schnell fertig, das Verfahren eignet sich dehalb besonders für den poliklinischen Betrieb. Im Kriege vollends wird das Papier durch seine Leichtigkeit und Unzerbrechlichkeit sich der Platte ganz bedeutend überlegen erweisen. — Die Expositionszeiten unterscheiden sich nicht wesentlich von den bei Platten gebräuchlichen, mit Verstärkungsschirmen (Gelafolien) kann man sogar nahezu Momentaufnahmen machen. — Entwickelt wird mit Rodinal.

Denks (Hamburg).

Puelles, J. M. de, et Ruiz, Brûlures produites par les rayons X. (Röntgenverbrennungen). Ann. d'électrobiol. et de radiol. **16,** S. 111—116. 1913.

Verf. hat sich seit der Entdeckung der Röntgenstrahlen mit ihnen beschäftigt, zunächst ohne alle Vorsichtsmaßregeln, vor 3 Jahren sind die ersten Zeichen einer chronischen Dermatitis an beiden Händen aufgetreten, die nach einem Jahre im Anschluß an eine kleine Verletzung einen schweren ulcerösen Charakter annahm, nach Monaten furchtbarer Qualen Heilung durch Wärme, Hochfrequenzströme, milde Salben, unter Versteifung mehrerer Finger. Eine interkurrierende schwere Lues durch Salvarsan geheilt. *Denks* (Hamburg).

Carl, Eine neue Anwendungsweise der Hochfrequenz in der Chirurgie. Chir.Kong.

Vortr. berichtet über die Erfolge der Hochfrequenzbehandlung der Angiome. Nach der ersten Mitteilung von Hoffmann über die blutstillende Wirkung der Hochfrequenzströme hat Vortr. diese Therapie auf angiomatöse Bildungen verschiedenster Art angewendet. Ausgewählt wurden hauptsächlich solche Patienten, bei denen die bisher üblichen Behandlungsmethoden nicht anwendbar schienen. Es folgt Demonstration von Bildern: 1. ausgedehntes Cavernom an Zunge und Unterlippe eines 3jährigen Knaben, 6 mal behandelt. 2. Teleangiektasien am rechten Schultergürtel und am ganzen rechten Arm bei einem 10jährigen Knaben. 3. Circumscriptes Cavernom an der rechten Hälfte der Unterlippe und ausgedehnteres an der rechten Zungenhälfte, außerdem noch andere Fälle, die nicht im Bilde vorgeführt werden. Demonstration von Bildern nach der Behandlung. Als Stromquelle dient ein Diathermieapparat von Reiniger, Gebbert und Schall. Bei Beginn der Behandlung Verwendung kleiner Funken, dann steigend. Bei Kindern bipolare Abnahme des Stromes. Schilderung der Wirkung auf das Gewebe: Schorfbildung mit anämischer Peripherie, die nach einigen Minuten abklingt. Später Abstoßung der Schorfe, Vernarbung und Schrumpfung der kavernösen Teile in der Umgebung. Bei der Behandlung erfolgt meist keine Blutung. Schmerzen gering. Schilderung der Einwirkung auf die Gefäßwände, physikalische Erklärung der Wärmeentwicklung. Darstellung der Unterschiede gegen die Paquelin-Behandlung. Demonstration einer durch Emaille gegen die Umgebung isolierten Nadel zur Behandlung von Angiomen mit normaler Hautbedeckung. Selbstbericht.

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Ritter, Über Verminderung des Blutgehalts bei Schädeloperationen. Chir.Kong.

Verfahren, um die Blutung im Gehirn und im Schädel herabzusetzen, sind von Dawbarn und Sauerbruch angegeben. Dawbarn sucht das Blut dem Gehirn zu entziehen, indem er es mittels einer Stauungsbinde in den Extremitäten aufstaut. Das Verfahren ist wirksam, eine Blutleere wird allerdings nicht erreicht. In recht vielen Fällen sind Mißerfolge zu verzeichnen. Viel energischer geht Sauerbruch vor, indem er den Patienten mit Ausnahme des Kopfes in eine Unterdruckkammer bringt und dadurch das venöse Blut im Gehirn absaugt. Der Erfolg ist im Tierexperiment und auch in einigen Fällen beim Menschen verblüffend. In anderen verringert aber auch dies Verfahren die Blutung gar nicht. Vortragender versuchte zunächst deshalb das mit der Absaugung Erreichte zu fixieren und eventuell mit arterieller Anämie zu kombinieren. Tiere halten vollkommene Unterbrechung der Zirkulation am Halse ganz gut für längere Zeit bis $^1/_2$—1 Stunde aus und bleiben anscheinend normal. Giftversuche ergeben, daß bei subcutaner Injektion die Giftwirkung solange die Schnürung liegt bis zu $^1/_2$ Stunde ausbleibt, sofort einsetzt, wenn sie losgelassen wird, während das Kontrolltier sofort nach der Injektion zugrunde geht. Bei subduraler Injektion tritt die Wirkung schon nach wenigen Minuten auf das Zentralnervensystem ein. Beim Menschen ist im Gegensatz zum Tier das Gehirn fast allein auf die Versorgung von seiten der Carotiden angewiesen, wie der Kussmaulsche Versuch der Kompression beider Carotiden beweist. Eine längere Kompression beider Carotiden durch Pelotte von außen ist technisch möglich, wie Versuche ergaben, es ist aber schwierig, sie länger am Ort sicher zu halten.

Deswegen wurde die operative temporäre Abklemmung der Art. carotis commun. besonders vorgenommen. Sie führte **auch ohne vorherige Absaugung** zu vollkommener Blutleere. 3 Fälle (Impressionsfraktur, subcorticaler Hirntumor, eitr. Mastoiditis), Dauer der Abklemmung 15—20, 30—35, 20—30 Min. Jedesmal absolute arterielle Anämie. Die venöse Blutung hört schon nach kurzer Zeit von selbst auf. Die Patienten brauchen während der Abklemmung kein Narkoticum, wachen nach der Operation viel früher als sonst auf, brechen nicht. Ein Schaden wurde nicht gesehen. Ritter rät trotzdem zur Vorsicht, die vermehrt werden kann, wenn man die Arter. nicht vollständig zudrückt. Abgesehen von der hohen praktischen Bedeutung ist die temporäre Abklemmung für unsere Anschauung der Drosselung vom gerichtsärztlichen Standpunkt und für die Auffassung der traumatisch neurotischen Beschwerden nach Bewußtseinsstörungen von großem Wert. Selbstbericht.

Marcellos, D. G., Zur Operation der Schädelbasisfibrome. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. **47,** S. 274—279. 1913.

Marcellos gelang es, ein in mehrfachen endonasalen und äußeren Eingriffen erfolglos anoperiertes großes Fibrom der Schädelbasis, welches die linke Nasenhöhle mächtig ausgefüllt und die linke Gaumenhälfte stark vorgetrieben hatte, schließlich durch kombinierte Spaltung der Nase und des Gaumens vollständig zu entfernen. Der Gaumenhilfsschnitt zur Entfernung des mannsfaustgroßen, durch die vorausgegangenen Operationen hochgradig verwachsenen Tumors ging durch den weichen und eine kurze Strecke auch des harten Gaumens. Bei kleinen Fibromen kann man zunächst versuchen endonasal oder durch die Mundhöhle vorzugehen, bei größeren muß entweder die Nase osteoplastisch aufgeklappt oder der Gaumen gespalten oder beides kombiniert werden, je nachdem der Haupttumor in der Nase oder im Pharynx allein oder in beiden zugleich liegt oder stärkere Verwachsungen mit der Schleimhaut der Nase oder des Epipharynx bestehen. *Henschen* (Zürich).

Chir.Kong. **Hildebrand, Über die Behandlung der Facialislähmung mit Muskelplastik.**

Ein junges Mädchen litt infolge einer Ohrenoperation an einer Facialislähmung, zu deren Heilung schon vorher neun Operationen der verschiedensten Art ausgeführt worden waren. Vortr. hat durch Verlagerung der sternalen Partie des Sternocleidomastoideus an den Mundwinkel eine wesentliche Besserung des Zustandes zu erzielen vermocht. Die Patientin wird demonstriert. *Katzenstein* (Berlin).

Chir.Kong. **Stein, Operative Korrektur der Facialislähmung.**

Vortr. hat in einem Fall, in welchem ohne Erfolg von anderer Seite eine Nervenplastik bei kompletter seit vielen Jahren bestehender Facialislähmung versucht worden war, die kosmetische Korrektur des Leidens durch eine freie Fascienplastik vorgenommen. Ein aus der Oberschenkelfascie präparierter 20 cm langer und 2 cm breiter Fascienstreifen wurde von der Jochbeingegend her mit einem besonderen Instrumente durch die Wange zu dem Mundwinkel der gelähmten Seite geführt und von dort wieder durch die Wange nach dem Jochbein zurückgeleitet. Auf diese Weise wurde der herabhängende Mundwinkel mit Hilfe der Fascie an dem Jochbogen aufgehängt. Am Mundwinkel war als Voroperation 3 Wochen vor Vornahme des Haupteingriffs ein kleines subcutanes Paraffindepot geschaffen worden, welches dem um dasselbe herumgeführten Fascienstreifen als Widerlager diente. Der Erfolg der Operation war gut und hat sich bisher 1 Jahr lang erhalten. Die Operation eignet sich sowohl für Fälle, in denen eine Heilung der kompletten Fascialislähmung auf andere Weise nicht gelang, als auch als Ersatz dieser Methoden, solange sichere chirurgische Methoden zur Heilung der Lähmung noch nicht zur Verfügung stehen. In psychischer Beziehung ist der Eingriff außerordentlich wirksam und in sozialer Hinsicht ist er in vielen Fällen sehr vorteilhaft. Selbstbericht.

Witzel, Anton, Zwei Fälle von Kieferbruch. Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. **31,** H. 4, S. 264—267. 1913.

1. Fall: Hufschlag gegen den Unterkiefer, Bruch desselben zwischen 2| u. |1, ferner Bruch des Alveolarfortsatzes |12345 mit starker Lockerung der Zähne; herausgeschlagen wurde $\frac{1}{1}|$, ferner Quetschwunde am Hinterkopf und Kinn, Verschiebung des längeren Bruchendes nach hinten und unten. Verf. bindet starken elastischen Draht labialwärts gegen die Zähne des Ober- und Unterkiefers mit Aluminiumbronzedraht. An diese Drähte befestigt er buccalwärts in schräger Richtung starke elastische Gummibänder, welche durch ihren dauernden Zug die Dislokation in vertikaler Richtung beseitigen. Zur Unterstützung des Zuges läßt er

das Kinn von außen nach oben ziehen, indem er ein gepolstertes Drahtgestell um dasselbe legt und dieses mit Hilfe von Gummibändern an ein Kopfnetz befestigt. — 2. Fall: 13jähriges Kind ist die Treppe heruntergefallen, Unterkieferbruch zwischen $\overline{2|}$ und $\overline{|1}$, starke vertikale Verschiebung des rechten Bruchendes nach oben. Verf. legte einen nach oben federnden Golddraht labial und lingual um die Zähne des Unterkiefers und befestigte diesen mit Bindedraht an den Backenzähnen. Um zu verhindern, daß die Schiene durch diese Ligaturen zu sehr nach unten gezogen wurde, lötete er lingualwärts in der Gegend des am höchsten stehenden 2| an den Golddraht einen Goldhaken, welcher über die Schneidekante von 2| griff. Die von der Bruchstelle tiefer stehenden Zähne wurden nach oben an die Goldschiene angebunden und auf diese Weise allmählich nach oben gezogen. Auch in diesem Falle unterstützte Verf. von außen durch Kinnstütze mit Kopfnetz die Zugwirkung. *Herda* (Berlin).

Schmieden, Ersatz von Unterkieferdefekten. Chir. Kong.

Vortr. hat sehr viel Gelegenheit gehabt, Erfahrungen über die freie Knochenverpflanzung zu sammeln und bevorzugt dieses Verfahren auch für den Ersatz von Kontinuitätsdefekten des Unterkiefers. Er zeigt einen Patienten, dem durch Knocheneiterung mit Sequesterbildung fast der ganze linkseitige horizontale Unterkieferast verloren gegangen war und bei dem Operationen von anderer Hand zur Wiederherstellung der Kontinuität des Knochens versagt hatten. Mit Prothesenbehandlung war nichts mehr zu erreichen, da kaum noch Zähne vorhanden waren. Unter Vorlegung einer schematischen Zeichnung erörtert Vortr., wie er durch 6 feste Drahtnähte eine starke Knochenspange zum Ersatz des Defektes einfügte, nachdem die stark atrophischen Stümpfe unter peinlicher Vermeidung einer Eröffnung der Mundhöhle freigelegt waren. Während der Operation und später bis zum Festwerden des Implantats wurde durch eine von Prof. Schröder angefertigte Prothese die richtige Stellung des ganzen Unterkiefers garantiert. Ideale Heilung mit voller knöcherner Festigkeit. — In einem zweiten Falle von traumatischem Defekt des Unterkiefers wurde ebenfalls die freie Knochenplastik angewandt mit Einsetzung eines ganz besonders nach Modell geformten Knochenstückes aus der Tibia, welches durch seine Gestalt eine Spreizung der zu der typischen Dislokation der losen Unterkieferfragmente neigenden Stümpfe gewährleistete. In dieser Stellung wurde das an einer Zeichnung illustrierte Knochenersatzstück mit Drahtnähten fest fixiert. Leider verstarb der Kranke vor der Heilung an Pneumonie. — Vortr. fordert, Unterkieferdefekte nach Möglichkeit durch freie Knochenverpflanzung zu decken, die beim Geschlossenbleiben der Mundhöhle während der Operation beste Chancen für Einheilung und spätere knöcherne Festigkeit bieten. Die Knochenstücke müssen durch absolut sichere Drahtnähte eine primäre, hochgradige Festigkeit erlangen und müssen sorgfältig nach Form zugeschnitten sein. Während und längere Zeit nach der Operation muß eine Prothese für Normalstellung der Unterkieferfragmente Sorge tragen. Selbstbericht.

Hirnhäute, Gehirn:

Goldmann, Experimentelle Untersuchungen über die Funktion der Plex. chorioid. und der Hirnhäute. Chir. Kong.

Angeregt durch die Erfahrungen, die Goldmann mit seiner Methode der Vitalfärbung an der Placenta gesammelt, hat er analoge Versuche für das Zentralnervensystem unternommen. Hierbei hat er feststellen können, daß bei Tieren, bei denen die vitale Färbung durch mehrfache Farbstoffinjektionen in die Höhe getrieben worden ist, die Cerebrospinalflüssigkeit ähnlich dem Fruchtwasser ungefärbt bleibt, trotzdem alle sonstigen Körperflüssigkeiten, wie Harn, Galle, Milch, ja selbst das Kammerwasser, gefärbt sind. Desgleichen hat er Färbungen am Zentralnervensystem, wie am Foetus vermißt, wenngleich alle sonstigen Organe des betreffenden Tieres in stärkerem oder geringerem Grade tingiert waren. Nur in einer einzigen Zelle des Zentralnervensystems wird der Farbstoff nach subcutaner oder intravenöser Injektion gespeichert, und zwar in der Epithelzelle der Plexus chorioidei. Dabei kommt es zu einer vitalen Färbung der für die Plexuszelle

so charakteristischen Protoplasmagranula. Einen Übertritt gefärbter Granula in die Cerebrospinalflüssigkeit hat G. nie beobachtet. Von dieser Tatsache ausgehend hat er es unternommen, 2 Fragen genauer zu prüfen: 1. ob *dem Plexusepithel eine sekretorische Fähigkeit zukommt*; 2. ob *die Plexus chorioidei, wie die Placenta den Foetus, als eine physiologische Grenzmembran das Zentralnervensystem vor einem Übertritt des Farbstoffes schützen*. Bezüglich des ersten Punktes haben ihm Untersuchungen am fötalen Nervensystem eindeutige Resultate für das Sekretionsvermögen der Plexuszellen gegeben. Wiederum ist die Plexuszelle die einzige des Zentralnervensystems, die Glykogen im fötalen Leben *intrazellulär* beherbergt. Sie sezerniert das Glykogen in Form von Kugeln und Tropfen in die Ventrikelflüssigkeit. Von hier aus wird das Glykogen in die intraarachnoidealen Räume bzw. in das Zentralnervensystem geschwemmt, wo es an Stellen lebhafter Zellentätigkeit in größeren Depots abgelagert wird. Zur Prüfung der Frage nach der Funktion der Plexus im Sinne einer „Grenzmembran" hat G. zunächst die pharmako-dynamische Wirkung seiner Farben geprüft, je nachdem sie von der Blutbahn oder dem Lumbalsack dem Nervensystem zugeführt werden. Hierbei ergab sich folgendes: Ein Kaninchen verträgt eine wiederholte intravenöse Injektion von 50% einer 1 proz. Trypanblaulösung, ohne daß irgendwelche nervösen Symptome ausgelöst werden. Wird jedoch $^1/_2$ ccm einer $^1/_2$ proz. Lösung dem Tiere durch Lumbalpunktion eingeführt, so geht es unter den Erscheinungen schwerer Konvulsionen im tiefen Koma in 2—3 Stunden post injectionem zugrunde. Die Ursache dieses stürmischen Verlaufes ist durch makroskopische und insbesondere mikroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems leicht festzustellen. Vom Lumbalsack aus verbreitet sich die Farbstofflösung, ganz unabhängig von ihrer Konzentration rasch über den ganzen Bereich des Rückenmarks, der Medulla oblongata, des Hirnstammes und der cerebralen Nerven, bis zur Sclera einerseits, zur Regio olfactoria andererseits. Mikroskopisch findet man z. B. am Rückenmark neben Imbibitionserscheinungen an den Pialsepten und Glianetzen vitale Ganglienzellenfärbungen, wobei neben diffusen Protoplasmafärbungen *Kernfärbungen* bemerkbar werden. Das letztere deutet bekanntlich auf einen Zelltod hin. Demgemäß veranlaßt die *Lumbalinjektion* einer Farbstofflösung, die in *hundertfacher Menge* bei *intravenöser* Applikation anstandslos vertragen wird, binnen kurzer Zeit eine diffuse Zerstörung von Ganglienzellen und damit den Tod des Versuchstieres. Die anatomen Wege, die von dem intraarachnoidealen Raum zu den Ganglienzellen führen, hat G. durch Modifikation seiner experimentellen Methodik sicher nachweisen können. Dabei zeigten sich echte vitale Färbungen von Zellen, die den Reticulumzellen der Lymphdrüsen gleichen, an den Wänden der die Gehirn- und Rückenmarksgefäße umscheidenden perivasculären Räume. Es führten also gleichsam gefärbte Zellstraßen vom Grunde der Pialtrichter zu den die Ganglienzellen umgebenden freien Räumen. Auch über die Strömungsverhältnisse und Abflußwege der Cerebrospinalflüssigkeit hat G. mit seiner vitalen Färbung neue Beiträge geliefert. Er *hat mit Sicherheit nachweisen können, daß die Cerebrospinalflüssigkeit zum Teil in die tiefen prävertebralen Lymphgefäße abströmt, in deren Verlauf gefärbte Lymphdrüsen sich nachweisen lassen*. Zum Verständnis der pathologischen Veränderungen der Cerebrospinalflüssigkeit ist nach G.s Ansicht die Kenntnis des normalen Aufbaus der Meningen unerläßlich. Er hat nun festgestellt, daß die Meningen, insbesondere die Leptomeninx, sich, was ihre Zellenbewohner anbetrifft, genau wie das Peritoneum bzw. das Netz verhält. Neben eosinophilen Leukocyten, an denen G. stets Oxydasefermente entdeckte, finden sich in der Leptomeninx vereinzelt und in Zellhaufen seine „Pyrrholzellen", deren Granuloplasma vitale Farben anzieht. Diese Zellen sind chemotaktisch außerordentlich reizbar, äußerst lokomotionsfähig und in hohem Maße phagocytär. Bei zahlreichen Versuchen, die G. am Gehirn vorgenommen (artifizielle Blutungen, Entzündungsherde, Wunden usw.) hat er außer massenhafter Vermehrung der Pyrrholzellen in den Meningen selbst dieselben

frei in der Cerebrospinalflüssigkeit und insbesondere an der Stelle der Gehirnläsion angetroffen. G. steht nicht an, seine „Pyrrholzellen“ für identisch mit der bekannten „Körnchenzelle“ des Zentralnervensystems zu erklären. Ihre Brutstätte sind die Meningen. Genau die gleichen Zellen finden sich in den Spinalganglien und den peripheren Nerven, ein neuer Beweis für die Kontinuität der Hüllen des Zentral- und peripheren Nervensystems. Selbstbericht.

Sauerbruch, Über das Zustandekommen der Epilepsie. Chir.Kong.

In einer ersten Versuchsreihe untersuchte er die Bedingungen, unter denen es zur traumatischen Rindenepilepsie kommt. Bei Affen wurde auf verschiedene Weise die motorische Rindenregion geschädigt. Längere Zeit nach diesem Eingriff verabreichte man ihnen Cocain und konnte nun feststellen, daß die Schädigung der Hirnzentren eine gesteigerte Erregbarkeit derselben hervorgerufen hatte. Kleine Dosen Cocain, die bei einem Kontrolltier keinen Anfall auslösen, rufen hier eine Attacke hervor. Werden diese Cocainkrämpfe in Intervallen längere Zeit wiederholt, so können schließlich bei den Tieren auch spontane Krämpfe entstehen. Bei solchen Tieren genügen schon sehr kleine Anlässe, um einen Anfall auszulösen. In einer zweiten Versuchsreihe konnte gezeigt werden, daß anatomische Schädigungen der Rinde keineswegs notwendig sind, um eine gesteigerte Erregbarkeit mit Neigung zu Anfällen hervorzurufen. Wenn bei einem Affen eine Vorder- oder Hinterpfote 2 Stunden durch passive Beuge- und Streckbewegungen ermüdet wird, so wird dadurch eine gesteigerte Erregbarkeit des korrespondierenden motorischen Zentrums hervorgerufen. Es genügen kleinere Cocaindosen als in der Norm, um Krämpfe hervorzurufen, und bei längerer Fortdauer der Cocainverabreichung kann es gelingen, die Tiere epileptisch zu machen. Das Hauptergebnis dieser Versuche ist der Nachweis, daß zwei Faktoren zur Auslösung der epileptiformen Anfälle und der später sich daraus entwickelnden Krankheit notwendig sind. Im Anschluß daran bespricht Sauerbruch die Therapie und weist darauf hin, daß nur bei groben anatomischen Veränderungen in der motorischen Rindenregion die chirurgische Behandlung gute Resultate zeitigt. In den andern Fällen, besonders bei der sog. genuinen Epilepsie, kommt es mehr darauf an, die Erregbarkeit der Hirnrinde herabzusetzen. Hier scheint die von Trendelenburg in die experimentelle Physiologie eingeführte reizlose Ausschaltung von Hirnabschnitten durch Kälteeinwirkung ein Verfahren zu sein, das in Zukunft auch bei der Behandlung der menschlichen Epilepsie in Anwendung kommen kann. Selbstbericht.

Meisel hat einen Fall von Epilepsie durch Einwirkung einer Cocain-Adrenalinlösung auf die Dura des freigelegten Gehirns geheilt. Chir.Kong.

Muskens, Traumatische Epilepsie mit Schädelläsion. Chir.Kong.

Vortr. legt Nachdruck auf die Seltenheit dieser Form von Epilepsie. Unter 120 nicht dementen Epileptikern innerhalb 10 Jahren untersucht, fanden sich nur vier. Zwei Fälle wurden vor drei Jahren operiert und blieben seither rezidivfrei. Die eine Kranke hatte in früher Jugend sich eine Schädelfraktur in der Parietalgegend zugezogen; im Jahre 1902 traten unilaterale Anfälle auf. Sie wurde anderweitig operiert (Wagner-Lappen), worauf die vorhanden gewesene Lähmung zurückging, die Anfälle blieben aber und verallgemeinerten sich. Anfang 1910 fanden sich in der Mitte des Wagnerlappens zwei kleine Sequester in einem lacerierten Defekte der Dura, nach deren Fortnahme die Anfälle bestehen blieben. Sie verschwanden erst nach Freilegung der Cortex und nach Aufsuchen und Ausschneiden des Centrums, von wo aus (nach Winkler) genau der früher beobachtete Anfall hervorgerufen wurde. Im vierten Falle hatten sich 12 Jahre nach einem Bruch im Frontalknochen schwere Kopfschmerzen und noch später epileptische Anfälle Jacksonschen Charakters entwickelt. Es fand sich bei der Operation unter der Dura ein Venengeflecht, nach dessen Weg-

nahme Heilung (bis jetzt, nach drei Jahren) eintrat. Der ursprüngliche Rat Horsleys, daß man erst die erkrankte Schädelstelle entfernt und später, wenn diese Maßnahme sich als ungenügend erweist, die Dura breit, wegen der so oft festgestellten Discordanz zwischen Läsionsstelle und dem entladenden Zentrum, eröffnet, ist wohl immer noch der beste. Das Aufsuchen geschieht auf elektrischem Wege, und zwar nur auf diesem, und zwar muß dessen Reizung stereotyp die beobachteten Anfälle hervorrufen, worauf man das Zentrum excidiert. Die Indikation und Prognosis ist in hohem Grade von den Verhältnissen abhängig; nur als maßgebend können die Fälle betrachtet werden, in welchen sowohl die Beobachtung (spezielles Spital für nicht demente Epileptische) als die Nachbehandlung sowie auch der chirurgische Eingriff unter den der Zeit nach verfeinerten Umständen stattfindet. *Katzenstein* (Berlin).

Chir. Kong. **Muskens** demonstriert im Namen von Herrn Krause-Berlin drei Fälle von erfolgreich operierter traumatischer Epilepsie, von denen zwei bereits über drei Jahre geheilt sind.

Chir. Kong. **v. Eiselsberg, Hirnchirurgie.**

Er teilt die Statistik der in seiner Klinik unter der Diagnose Hirntumor operierten (162) Fälle mit. Unter 69 diagnostizierten Großhirntumoren waren 20 Fälle, in denen bloß aufgeklappt und nichts gefunden wurde — 7 von diesen starben. 40 mal wurde der Großhirntumor exstirpiert, 9 mal kam es zu einem operativen Exitus, darunter 5 mal durch Meningitis; in 2 von diesen Fällen war drainiert worden, in 3 anderen war die Dura offen geblieben. 9 weitere Fälle erlagen in einigen Monaten dem Tumor, einige andere einem Rezidiv. 3 blieben ungeheilt wegen diffusen Glioms usw. 9 wurden geheilt, 6 gebessert. Günstiger war das Ergebnis bei den Hypophysistumoren, unter 16 Fällen 4 Todesfälle, 12 Heilungen oder Besserungen, unter diesen 3 Fälle von Cystenoperation. Die Meningitis serosa erkennt Redner im wesentlichen nur als Symptom, nicht als Krankheit sui generis an, unter 3 Fällen blieben 2 ungeheilt. Von den Kleinhirntumoren erlagen 9 nach der ersten Operation; 12 mal wurde nichts gefunden, nur 8 mal der Tumor. Im Gegensatz dazu wurde die Diagnose des Acusticustumors in allen 17 Fällen bestätigt. 2 Patienten gingen nach dem ersten Akt zugrunde, 11 hatten Tumoren von mehr als Eigröße, nicht weniger als 10 von diesen starben. In Zukunft wird Redner zur Verhütung des Shocks in solchen Fällen die Geschwulst morcellement entfernen, ohne bei diesen relativ benignen Tumoren eine Dissemination oder ein Zurücklassen von Tumorresten allzu sehr zu fürchten. In einem Fall von beiderseitigem Acusticustumor, wo Blind- und Taubheit bereits absolut waren, aber kein Kopfschmerz bestand, wurde der Eingriff abgelehnt. 2 Fälle von Ventrikeldrainage gingen zugrunde. Da um das Drainrohr in einem Fall sich entzündliche Veränderungen etabliert hatten, wird Vortr. in Zukunft den Balkenstich vorziehen. Epikritisch bemerkt er zu 3 Fällen von diffuser Gliomatose, in welchen der Tumor nicht gefunden wurde, daß bei der Operation ein erfahrener pathologischer Histologe zur Untersuchung von Probeexcisionen zugezogen werden sollte. Ferner hat er einige Male die Anwesenheit von Cysten verkannt, weil er ihren Inhalt für Liquor hielt. Zur Vorbereitung für die Operation gibt Vortragender zwecks Begünstigung der Blutgerinnung Calcium lacticum und als Desinfizienz für den Liquor Urotropin. Der erste Akt der Operation wird unter Novocain-Adrenalin ausgeführt. Er bespricht die Einzelheiten seiner Technik. Häufig hat er die Duraplastik mittels Fascia lata ausgeführt, 14 Fälle, von denen nur 2 starben. Dies Verfahren erscheint berufen, die Gefahr der Infektion zu verringern. 17 mal sah er Meningitis, darunter 4 mal bei Hypophysistumoren, die nach Schloffer auf nasalem Wege exstirpiert waren. Krause-Berlin hat bei doppelt so großem Material keine Infektion gesehen. Außer dem Zufall sind für diesen Unterschied vielleicht verantwortlich zu machen Quetschungen, Tamponaden, Drainagen und der Zustand der Patienten — unter den

Privatfällen kam Meningitis nicht vor. Wahrscheinlich wurde auch zu selten der Verband gewechselt. An Shock und Atemlähmung starben 29 Kranke; diese Zahl wird sich vielleicht verkleinern lassen durch mehrzeitiges Vorgehen, sorgfältigere Blutstillung und Morcellement. Wichtiger als alles dies wird indessen die Frühdiagnose bleiben. Wenn auch die Resultate der Hirntumoroperationen weit hinter denen anderer chirurgischer Eingriffe zurückstehen, so ist doch der Zustand der von Kopfschmerzen gequälten, der Blindheit entgegengehenden Kranken ein so trauriger, daß der Eingriff mit all seinen Gefahren vollauf gerechtfertigt erscheint. *Katzenstein* (Berlin).

Küttner, Was erreichen wir mit unsern unter der Diagnose „Hirntumor“ ausgeführten Operationen? Chir. Kong.

In den letzten $5^1/_2$ Jahren wurden 92 Operationen ausgeführt. 42 mal blieb es bei einer Entlastungstrepanation wegen Unzulänglichkeit der Diagnose oder Ausbreitung des Prozesses. Bei rechtzeitiger Operation sind die Resultate besser, daher 55% Dauerresultate bei den Privatpatienten. Die diagnostischen Schwierigkeiten werden durch folgende Fälle illustriert: in einem Fall gingen die Tumorsymptome spontan zurück, so daß die Operation abgelehnt wurde. Als die Patientin mit neuen Symptomen wieder kam, war es bereits zu spät zur Operation, 2 andere Patienten, die zur Operation bereits vorgesehen waren, wurden ohne solche bleibend gesund. Es gibt auch Herderscheinungen ohne raumbeengende Prozesse. So fand er in einem Fall von Bonhoefer nur einen arteriosklerotischen Erweichungsherd. Umgekehrt ergab die histologische Prüfung eines wegen posttraumatischer Krämpfe entfernten Facialiszentrums eine Gliomatose. Bei der daraufhin vorgenommenen zweiten Operation fand sich in der Nachbarschaft ein inoperables Gliom, das keine Erscheinungen gemacht hatte. Unbedeutend sind die Erscheinungen häufig, selbst wenn der Tumor groß ist und in der Nähe der Zentralwindung sitzt, so lange er subcortical ist. Bei einem faustgroßen Tumor dieser Art war Stauungspapille erst am Tag vor der Operation aufgetreten. Besonders bei Gliatumoren kommt es zum Prolaps mit Parese. Allerdings könnte man durch Duraplastiken diesem vorbeugen, jedoch nicht ohne dem Zweck der Dekompression untreu zu werden. Die dekompressive Trepanation versagte öfters, wenn sie mangels einer exakteren Lokaldiagnose fern von dem Herd angelegt wurde. Da es bei einmal ausgebildeter Stauungspapille nicht statthaft ist, im Interesse einer genaueren Lokalisation zuzuwarten, so wären 2 Trepanationsöffnungen, entsprechend der vorderen oder hinteren Schädelgrube anzulegen. Vom Balkenstich hat er wenig gesehen, im Gegenteil, gelegentlich einer Sektion die Öffnung nach 7 Wochen zugeheilt gefunden. Ebenso verwirft er die Lumbalpunktion. Die diagnostische Hirnpunktion ist wertvoll, ihre vermeintlichen Gefahren sind illusorisch: einmal zeigte die Sektion, daß der Sinus transversus durchstochen war, ohne daß etwa eine Blutung eingetreten wäre, in einem anderen Fall war der Kanal der Meningea media durchsetzt, aber die Arterie war ausgeglitten. Er operiert zweizeitig unter Lokalanästhesie, die Dura vernäht er nicht, ebensowenig über der hinteren Schädelgrube den Knochenlappen. In 30,5% der Fälle wurde der Tumor entfernt; in 32% fand er sich bei der Autopsie. In 15% handelte es sich um Hydrocephalus u. dgl. Von den Kranken erlagen 30,5% der Operation oder ihren unmittelbaren Folgen. Die Zahl der noch Lebenden ist genau ebenso groß. 10 Patienten sind voll arbeitsfähig. Davon hatten 6 einen Hydrocephalus internus, 4 hatten Tumoren. Im Interesse des Sehvermögens muß bei Stauungspapille, soweit dieselbe nicht sicher auf syphilitischen Prozessen beruht, stets die Dekompression ausgeführt werden. Nur 4 mal kam es zur Opticusatrophie, dem stehen gegenüber 20 Fälle von dauernder und 5 von vorübergehender Besserung des Visus. Die Prognose ist bei den unter der Diagnose „Hirntumor“ operierten Patienten nicht ganz schlecht, allerdings großenteils dank den Fällen, bei welchen sich die Diagnose als irrig herausstellt. *Katzenstein* (Berlin).

Chir. Kong. **Schloffer, Zum Balkenstich.**

Verf. demonstriert ein Gehirn mit einem mächtigen Gliom der linken Gehirnhemisphäre, an welchem die ungünstigen Bedingungen für die Ausführung des Balkenstiches bei mächtigen Großhirntumoren besonders deutlich zum Ausdrucke kommen. Schon bei Ausführung des Balkenstiches (links) war es aufgefallen, daß die Kanüle eine schiefe Lage annahm, daß wenig und sehr bald blutig tingierter Liquor abfloß. Der Kranke starb nach der Palliativtrepanation und es zeigte sich, daß der Tumor, der vom Gyrus hippocampi (links) seinen Ausgang genommem hatte, den Seitenventrikel weitgehend erfüllte. Kein Hydrocephalus der Seitenventrikel. Der Balkenstich war gelungen, aber die Öffnung durch den Plexus chorioideus verlegt. Selbstbericht.

Chir. Kong. **Krause, F., Gehirnchirurgie.**

Die Operation bei den Großhirntumoren hat sich bei der erheblichen Zunahme der Operationen etwas verschlechtert, doch bleibt die Operation indiziert, sobald Verdacht auf Tumor besteht. Von den Tumoren der hinteren Schädelgrube geben solche der Kleinhirnsubstanz — und selbst solche des Daches des 4. Ventrikels — eine leidliche Prognose. Recht schlecht waren seine Dauerresultate bei Acusticustumoren: unter 40 Fällen nur vier gute Erfolge. Stets waren die Tumoren groß, hatten Pons und Oblongata komprimiert, so daß nach ihrer Entfernung häufig das Atemzentrum gelähmt wurde. Es wäre nötig, diese Fälle in einem früheren Stadium zur Operation zu bekommen, zumal die Diagnose im allgemeinen leicht ist. Hypophysistumoren hat K. nach allen beschriebenen Methoden operiert, auch einmal nach derjenigen von Hirsch. Diese erfordert eine spezialistisch rhinologische Vorbildung, liegt dem Chirurgen wenig, hat indessen vor derjenigen Schloffers den Vorzug, daß sie keine entstellenden Narben hinterläßt und nicht zu Ozaena führt. Nach Schloffer hat er 7 mal operiert, konnte jedoch nur ein einziges Mal den ganzen Tumor exstirpieren. Er kommt daher auf seine Operation von der Stirn aus zurück. Eine auf diese Weise vor $4^1/_2$ Jahren wegen eines über pflaumengroßen Tumors operierte Patientin hat alle akromegalischen Symptome verloren, und die Menses sind wiedergekehrt. Diese radikale Methode muß jedesmal angewendet werden bei Verdacht eines Übergreifens des Hypophysistumors auf das Stirnhirn, überhaupt auf die benachbarten Hirnteile. Auf Grund mehrerer Dauerheilungen hält er daran fest, daß die Meningitis serosa des Rückenmarks eine eigene Krankheit ist, mehrere Fälle sind seit 5 Jahren geheilt. Auch für die gleiche viel seltenere Krankheit des Gehirns verfügt er über zwei Dauerheilungen. Die Incision in der hinteren Kommissur des Rückenmarks — genau in der Mittellinie — wird ohne bleibenden Schaden vertragen. K. hat sie bei Rückenmarksoperationen mehrmals ausgeführt, um einen intramedullären Erkrankungsherd aufzusuchen. *Katzenstein* (Berlin).

Chir. Kong. **v. Eiselsberg** bemerkt in seinem Schlußwort, daß er das Vorhandensein der Meningitis serosa des Gehirns als Ursache schwerer Störungen leugne, daß diese Erkrankung zu häufig diagnostiziert werde. Bei der Operation der Hypophysistumoren scheint die radikale Entfernung der Geschwulst nicht unbedingt erforderlich, wie mehrfache Beobachtungen ergeben haben.

Katzenstein (Berlin).

Chir. Kong. **Hildebrand, Hirnchirurgie.**

Verf. fand bei 50 mit der Diagnose Kleinhirntumor ausgeführten Operationen die operativen Chancen besser als bei seinen 80 Großhirntumoren. Bei der geringeren funktionellen Wichtigkeit des Kleinhirns kann man dort nach allgemein chirurgischen Prinzipien im Gesunden operieren, am Großhirn geben eigentlich bloß die von den Hirnhäuten aus hereingewachsenen Geschwülste (Endotheliome) eine leidliche Prognose. Am günstigsten ist die Operationsprognose bei den Rückenmarkstumoren, welche

meistens ebenfalls von den Häuten ausgehen und nur geringe Tendenz haben, in die Medulla hineinzuwuchern. Er stellt fünf dauernd (d. h. mehr als drei Jahre) geheilte Patienten vor, die sämtlich schwere Ausfallserscheinungen gehabt hatten. *Katzenstein* (Berlin).

Borchard, Sinus pericranii. Chir.Kong.

Zu den Erkrankungen des Gehirns, welche Erscheinungen von Hirntumor hervorrufen, kann ausnahmsweise der Sinus pericranii gehören. Sieht man von den traumatischen Formen ab, so handelt es sich meist um circumscripte Varicen und Angiome, die mit einem Sinus in Verbindung stehen, und nur lokal Erscheinungen machen. Gelegentlich aber treten die schwersten Hirnerscheinungen auf, bedingt durch eine mehr oder weniger diffuse Beteiligung der Schädel- resp. Hirngefäße.

Borchard fand bei einer 26jährigen Frau neben einem pulsierenden Carcinom am Hinterhaupt, an der Grenze von Sagittal- und Parietalnaht doppelseitige Stauungspapille, die er auf gleichzeitige Carcinombildung an einer stummen Stelle des Gehirns bezog. Das Röntgenogramm des Schädels zeigte erweiterte Knochenkanäle, die auch als kongenital aufgefaßt wurden. Die vorgeschlagene Operation wurde abgelehnt. Nach einigen Wochen schneller Verfall der Kranken, unter heftigsten Kopfschmerzen, Halbseiten- und Schlucklähmung und Exitus letalis. Sektion zeigte Carcinom am Sinus sagittalis mit dem Carcinom der Kopfschwarte in Verbindung, Erweichung fast sämtlicher Sinus, Erweichung, Schlänglung und streckenweise Varicenbildung der Venae meningeae. Erweichung und Vertiefung der den Gefäßen entsprechenden Knochenkanäle, an mehreren Stellen Perforationen der Schädelknochen, also eine mehr diffuse Beteiligung des ganzen Venensystems, die stellenweise zu einfacher Erweichung, stellenweise zu Erweichung, Schlänglung, Varicen- und Carcinombildung geführt hatte, eine Erkrankung, die man als Phlebectasia progressiva cranii et cerebri zu nennen berechtigt ist, zumal die Arterien alle normal waren.

Die Therapie müßte in solchen Fällen in der Exstirpation der vorhandenen Gefäßgeschwulst und dekompressiver Trepanation bestehen. Bezüglich der Operation der Acusticustumoren empfiehlt B. wie v. Eiselsberg möglichst schonendes Vorgehen und den weiteren Ausbau der von ihm zuerst vorgeschlagenen Methode durch die Felsenbeinpyramide hindurch. Zur Bekämpfung der häufig deletären Atemstörungen empfiehlt er ausgiebigste Anwendung der künstlichen Atmung ev. der Tracheotomie. Er warnt vor Einführung der Melzerschen Intubation in Fällen, wo die Trachea schon voll Schleim ist. Die Tubage wäre als Prophylakticum statt der gewöhnlichen Narkose zu empfehlen, um das Auftreten der Atemstörungen zu verhindern. Er selbst allerdings operiert meist in Lokalanästhesie. Selbstbericht.

Mertens, Hirnchirurgie. Chir.Kong.

Vortr. hat einen Fall von Acusticustumor mit Erfolg exstirpiert.

Berlstein, J., und Nowicki, Zur Kenntnis der Acusticustumoren. (*Allg. Krankenh. u. anat.-pathol. Inst., Univ. Lemberg.*) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. 47, S. 415—436. 1913.

Verff. bringen einen durch genaueste klinische und anatomische Untersuchungen sehr wertvollen kasuistischen Beitrag zur Kenntnis der interessanten Geschwülste des Acusticus.

Ein 21jähriges Mädchen erkrankte im Laufe von 2 Jahren unter den Erscheinungen eines Hirntumors (Kopfschmerzen, Drehschwindel mit Übelkeit und Erbrechen, schwankender Gang, doppelseitige Stauungspapille), welchen die eingehende otologische Untersuchung auf den r. Acusticus lokalisieren konnte; letztere ergab r. eine komplette Ausschaltung des Labyrinthes (totale Taubheit und kalorische Unerregbarkeit, positive Dreh- und galvanische Reaktion), l. Intaktheit des Vestibularapparates für kalorische und Drehreize. Nach einer von Rydygier vorgenommenen zweizeitigen Operation auf occipitalem Wege trat nach der Schädeleröffnung zunächst eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes und des Sehvermögens auf, im zweiten Operationsakt konnten dann aus der Gegend des Porus acusticus internus (wegen Operationskollapses nur ganz kleine) Stückchen des Tumors entfernt werden. Exitus 30 Tage nach der Operation an Meningitis. Sektion: Staphylokokkenmeningitis; im r. Kleinhirnbrückenwinkel ein hühnereigroßer derber scharf umgrenzter Tumor, der propfartig in den erweiterten Porus acusticus internus hineinging, letzteren völlig ausfüllte; Facialis und Acusticus, anfangs getrennt verlaufend, verloren sich in die Tumormasse, welche Pons und Oblongata verdrängt

und durch Druck auf den Aquaeductus Sylvii einen Verschlußhydrocephalus besonders der Seitenventrikel hervorgerufen hatte. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich die Geschwulst als gefäßreicher fibromähnlicher Tumor, welcher jedoch nicht bindegewebiger Herkunft war, sondern sich aus spezifischem nervösem Gewebe (Neurinom) aufbaute. Facialis und Acusticus zeigten in ihren zentralen Segmenten regressive wie regenerative Erscheinungen, letzterer war im inneren Gehörgang bandartig abgeplattet und sowohl in seinem cochlearen wie dem vestibularen Ast atrophiert. Das Spiralganglion wie die in das Cortische Organ übergehenden Fasern fanden sich stark atrophiert, letzteres Organ selbst zum großen Teil zerfallen und im Schwunde begriffen. Eine starke aber ungleichmäßige Atrophie zeigte ferner die Macula bzw. Crista acustica; das Labyrinth war erfüllt mit einer reichlichen geronnenen oder granulären Masse. Der Tumor war demnach ausgegangen vom Vestibularzweig des Acusticus und zwar höchstwahrscheinlich von seinem im Gehörgang liegenden Segment, wobei er zu einem Schwund des Knochens und einer bedeutenden Erweiterung des Lumens des inneren Gehörganges geführt hatte. Als Folge des Druckes erschien eine bedeutende Atrophie beider Acusticuszweige, des Cochlearis und Vestibularis, während der gleichfalls dem Geschwulstandruck ausgestezte aber nur mäßig verdünnte Facialis auffallenderweise klinisch keine, anatomisch nur eine geringe Druckwirkung aufzeigte. Dem Schwund der Acusticuszweige parallel ging ein ungleichmäßiger Schwund des Nervenendapparates des Labyrinthes, am deutlichsten im Bereiche der Macula bzw. Crista acustica, welche wahrscheinlich zuerst dem Krankheitsprozeß unterlagen. *Henschen* (Zürich).

Bárány, Robert, Lokalisation in der Rinde der Kleinhirnhemisphären (Funktionsprüfung und Theorie). Dtsch. med. Wochenschr. **39**, S. 637—642. **1913.**

Báránys Beobachtungsmaterial umfaßt 21 Fälle von durch Operation oder Obduktion festgestellter Erkrankungen der Kleinhirnhemisphären, 7 Fälle, an denen 23mal die temporäre Ausschaltung der Tätigkeit der Kleinhirnrinde mittels des Trendelenburgschen Abkühlungsversuches vorgenommen wurde, 40 klinische Fälle mit dem Bárán振schen Symptomenkomplex, schließlich noch 35 Fälle, in denen die Kleinhirnerscheinungen nur Fernwirkungen eines anderwärts lokalisierten Hirntumors waren. Die Physiologie und Klinik der Kleinhirnhemisphären gründet sich auf eine verschärfte Kenntnis der klinischen Pathologie des Vestibularapparates. Der Nystagmus ist ein wertvoller Indikator eines Reizes der Vestibularbahn. Ihn hervorzurufen, dienen verschiedene Methoden: Horizontaldrehung auf dem Drehstuhl, die Galvanisation des Ohres und eine kalorische Reizung durch Ausspritzen des Gehörganges mit Wasser über oder unter Körpertemperatur; während die erste Methode zum Nachweis einer bloß einseitigen Erkrankung des Labyrinthes wertlos, dagegen diagnostisch wichtig ist für Erkrankungen jenseits des Labyrinthes, jenseits des extramedullären Abschnittes des N. vestibularis, während die galvanische Prüfung für die Diagnose der Erkrankung des peripheren Abschnittes des Vestibularapparates geringen Wert hat, muß die kalorische als einzige diesen Apparat streng einseitig reizende Methode als wichtigste Prüfung des Vestibularis gelten. Sie ist dabei unschädlich und schmerzlos. Beim Normalen erzeugt Einspritzen von Wasser unter Körpertemperatur Nystagmus horizontalis et rotatorius nach der Gegenseite, von Wasser über Körpertemperatur solchen nach der ausgespritzten Seite. Diese kalorische Reaktion fehlt nur da, wo der periphere Vestibularapparat bzw. der vestibulare Nerv zerstört ist. Nach Cajal schickt jede Wurzelfaser dieses Nerven eine zu der Rinde der Hemisphäre und des Wurmes der gleichen wie auch der gegenüberliegenden Seite ziehende Kollaterale, Zusammenhänge, die B. auch physiologisch und klinisch mit unumstößlicher Sicherheit erweisen und diagnostisch verwerten konnte. Unter den dazu nötigen Untersuchungsmethoden ist am wertvollsten der sog. Zeigversuch: der Untersuchende berührt bei geschlossenen Augen und gestrecktem Arm den Zeigefinger des Untersuchers, senkt dann den gestreckten Arm auf seine Knie und erhebt ihn da von wieder zum Finger des Untersuchers, was beim Normalen immer gelingt; wird beim Normalen nun ein horizontaler Linksnystagmus erzeugt, so zeigt der Untersuchte nun regelmäßig nach rechts vorbei usw. Es handelt sich dabei um eine von der Kleinhirnhemisphäre derselben Seite ausgelöste gesetzmäßige Reaktion, da Lähmung bestimmter Partien der Rinde einen Ausfall ganz bestimmter derartiger Reaktionsbewegungen bewirkt. Es befinden sich

in der Rinde des Kleinhirns Tonuszentren, die den Arm bei der Zielbewegung nach verschiedenen Richtungen ziehen können. Künstlich erzeugter Linksnystagmus innerviert den Rechtstonus des Normalen stärker und läßt darum für die Dauer des vestibularen Reizes den Arm nach rechts abweichen; ist die gegentonisierende Bahn der anderen Seite z. B. der linken lädiert, so wird auch ohne vestibularen Reiz nun der Arm dauernd nach r. abweichen. Bei mehreren Patienten, denen das Kleinhirn in großer Ausdehnung durch vorausgegangene Operationen freigelegt worden war, erzeugte die Trendelenburgsche Abkühlung für die Dauer des Experimentes übereinstimmend Vorbeizeigen des Armes in bestimmter Richtung. Bei dieser Prüfung zeigte sich, daß die Dura für Kälteeinwirkungen unempfindlich ist, so daß die Abkühlungsmethode bei unter Lokalanästhesie ausgeführten Schädeloperatinen ein einfaches und harmloses Verfahren zur Bestimmung bestimmter Zentren darstellt. B. hat zu diesem Zwecke eine sterilisierbare Metallkapsel herstellen lassen, in welche Eis eingelegt wird oder durch die man Eiswasser zirkulieren lassen kann; da sie auf die Dura aufgesetzt wird, ist eine Schädigung der Hirnsubstanz ausgeschlossen und der Versuch beliebig oft wiederholbar. Für die Lokalisationen in der Kleinhirnrinde sind in zweiter Linie die Beobachtungen mit Kleinhirnincisionen wertvoll: in 2 von 4 Fällen war das Zentrum für den Einwärtstonus des Armes verletzt (spontanes Vorbeizeigen nach außen), in 2 anderen dasjenige für den Abwärtstonus (Vorbeizeigen nach oben), in einem dieser letzteren Fälle dazu noch noch das Zentrum für den Auswärtstonus des Armes (Vorbeizeigen nach innen). Bei frischen Verletzungen genügt zunächst die Untersuchung der spontanen Zeigebewegungen, bei älteren kann der Ausfall des Tonuszentrums nur durch Funktionsprüfung nachgewiesen werden. Wie für den Arm bestehen auch Zentren für den Ellbogen, Hand- und Hüftgelenk, die Gelenke des Halses und Rumpfes, die isoliert geprüft werden müssen. So sicher der Abkühlungsversuch und die Incision ins Kleinhirn lokalisieren können, so selten sind bei Kleinhirnerkrankungen diese lokaldiagnostischen Daten eindeutig gewinnbar. Beim vestibularen Reiz wird eine Kleinhirninnervation nur dann in die Muskeln ausgesandt, wenn das betreffende Glied willkürlich bewegt wird. Da in der Rinde die Zentren weitere Felder zur Verfügung haben als im platzärmeren Marklager, so deuten Ausfälle in nur einer Richtung eher auf Rindensitz der Erkrankung, Fehlen des Kleinhirntonus nach mehreren Richtungen auf Sitz in der Faserung. Die genauere topographische Felderung der Rinde für die übrigen Körpergebiete ist nicht genau bekannt. Bei den Reaktionsbewegungen des Körpers auf vestibulare Reize sind folgende besondere Hauptreaktionen zu unterscheiden: 1. und 2. die Drehreaktionen nach r. und l., 3., 4., 5. und 6. die Fallreaktionen nach r. und l., nach vorne und hinten. Jede Wurmhälfte hat wahrscheinlich 2 Tonuszentren und zwar auf der r. Seite solche für den Fall diagonal nach r. und vorne und diagonal nach r. und hinten, entsprechend auf der l. Seite. Eine genaue Prüfung der Fallreaktion ermöglicht eine Diagnose im Kleinhirnwurm gelegener Tumoren. Zum Schluß weist B. auf einen Symptomenkomplex hin, dem eine glaukomähnliche, isolierte Drucksteigerung in der Cysterne des Kleinhirnbrückenwinkels zugrunde liegt, indem arachnoideale Verklebungen den Abfluß des hier ständig sezernierten Liquors verhindern können: Kopfschmerzen im Hinterkopf unmittelbar hinter dem Ohr, Druckempfindlichkeit über und hinter dem Warzenfortsatz, Schwindel, Ohrensausen, Schwerhörigkeit vom Charakter der Erkrankung des inneren Ohres und Vorbeizeigen im Handgelenk der kranken Seite nach außen (40 Fälle). Lumbalpunktion bewirkt hier zu nächst Exacerbation, nach einigen Tagen Heilung. Es liegt in der Natur des Leidens, daß zwar Rezidive auftreten, doch hat B. jahrelange Heilung von Schwerhörigkeit und Taubheit nach der einmaligen Punktion beobachtet. *Henschen* (Zürich).

Oppenheim, Hirnchirurgie. [Chir. Kong.]

Der zunehmenden Häufigkeit des operativen Eingriffs sowie der Hand in Hand

damit gehenden Verfeinerung der Diagnostik entspricht durchaus keine Verbesserung der operativen Resultate. Im Gegenteil, diese haben sich seit 1896 verschlechtert, und der Prozentsatz der Dauerheilungen ist z. Z. nur 8%. Diese Veränderung im ungünstigen Sinn beruht nicht auf Zufälligkeiten oder persönlichen Gründen, vielmehr auf einer Ausdehnung der Indikationen und auf dem zunehmenden Drängen der Patienten. Indessen haben wir in der Zwischenzeit eine Mannigfaltigkeit an Krankheitsbildern kennen gelernt, die als Tumor imponieren können, ohne es zu sein: Pseudotumoren, die wir als kongenitale ansprechen müssen, die jahrelang bestehen, ohne Symptome zu machen und, nachdem sie solche bewirkt haben, ohne Operation auf Jahrzehnte symptomlos werden können, ein Ergebnis, das durch Operation bisher noch niemals erreicht wurde. Im Gegensatz zu Horsley empfiehlt Redner daher eine Einschränkung der operativen Indikationen. *Katzenstein* (Berlin).

[Chir.Kong.] **Franke** erinnert an die Möglichkeit nichtoperativer Heilung gewisser Hirnerkrankungen. Er hat mit intravenöser Sublimatinjektion einen Fall von Hirngummi, sowie eine Erkrankung an akut epileptischen Anfällen geheilt.

Dobson, Leonard, A case of variable intra-cerebral pressure probably a tumour of the third ventricle. (Ein Fall von intermittierendem Hirndruck, wahrscheinlich ein Tumor des 3. Ventrikels.) West London med. journal Bd. **18,** Nr. 2, S. 126—128. 1913.

Milligan, William, A discussion on the treatment of meningitis of otitic origin. (Diskussion über die Behandlung der otogenen Meningitis.) Proceed. of the roy. soc. of med., London **6,** Otol. sect. S. 41—51. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **1,** H. 6, S. 210.

Auge:

Aubaret, Du tétanos consécutif aux blessures de l'œil. (Über Tetanus im Gefolge von Verletzungen des Auges.) (*Clin. ophtalmol. de la fac., Bordeaux.*) Arch. d'ophtalmol. **33,** S. 148—170. 1913.

Bisher existieren in der Literatur nur 18 Beobachtungen von Wundstarrkrampf im Anschluß an Verletzungen des Auges und seiner nächsten Adnexe. Die Erkrankung ist gewöhnlich außerordentlich schwer. Von den 18 Fällen sind nur 4 genesen, alle übrigen auffallend rasch gestorben, trotz einer Inkubation bis zu 15 Tagen. Interessant ist der experimentelle Nachweis, daß Reinkulturen von Bacillen im Auge nicht zur Infektion führen, obwohl sie in der vorderen Kammer noch nach 8 Tagen lebensfähig nachzuweisen sind. Mischinfektion, besonders Panophthalmie, begünstigt die Giftwirkung in höchstem Maße. Klinisch entwickelt sich kein „Kopftetanus (Rose)", sondern schwerer allgemeiner Starrkrampf. Da man bei Augenverletzungen zu spät von den Symptomen überrascht wird, ist die präventive Serumbehandlung dringend anzuraten. Lokal sind Abscesse frühzeitig zu spalten, und bei drohender Ophthalmie und Tetanusverdacht ist mit der Enucleation nicht zu zögern. Bei ausgesprochenen Symptomen ist die Exenteration vorzuziehen. Bezüglich der allgemeinen Behandlung werden die üblichen Methoden der therapeutischen Serumanwendung, die Karbolinjektionen nach Bacelli und die Magnesiumsulfatapplikation nach Meltzer empfohlen. In die Kasuistik ist eine eigene Beobachtung des Verf. aufgenommen. *Kreuter* (Erlangen).

[Chir.Kong.] **Schloffer, Zur Behandlung der Sehstörungen beim Turmschädel (Kanaloperation).**

Schloffer hat in 2 Fällen von Sehstörung beim Turmschädel nach Lüften des Stirnhirns samt der Dura das Dach des knöchernen Canalis opticus entfernt. Die Operation wurde an 2 Knaben, und zwar bei beiden am schlechteren Auge vorgenom-

men. Veranlassung zu diesen Eingriffen gab die von Sch. mehrmals beobachtete Erfolglosigkeit der druckentlastenden Operation (einmal Balkenstich, zweimal Dekompressiv-Trepanation), ferner die in der Literatur immer wiederkehrenden Angaben über Kompression des Opticus im Canalis opticus oder hinter diesem als Ursache der Sehstörung bei synostotischem Schädel. Das Ergebnis der „Kanaloperation" war zunächst unveränderter Visus und Spiegelbefund (von ophthalmologischer Seite [Elschnig] untersucht). In einem der Fälle war 3 Wochen nach der Operation an dem bis dahin amaurotischen Auge Lichtempfindung vorhanden, nachdem zuvor die Dekompressivtrepanation an diesem Auge wohl zu einer Wiederkehr der Pupillenreaktion geführt, aber in den letzten 4 Monaten vor der Kanaloperation den Zustand nicht weiter geändert hatte. Sch. zieht aus seinen bisherigen Erfahrungen nur den Schluß, daß man, wenn Balkenstich und Dekompressiv-Trepanation erfolglos geblieben wären, einen Versuch mit der Kanaloperation machen dürfe, während bisher diese Gegend als unangreifbar gegolten hatte, offenbar wegen der befürchteten Verletzung des Nervus opticus. Über die Aussichten der Kanaloperation, über ihre Indikationen, den Zeitpunkt des Eingriffs müssen erst weitere Erfahrungen entscheiden. Es wird in dieser Hinsicht sehr darauf ankommen, ob die neueren Theorien in bezug auf Einklemmung des Nerven im Foramen opticum (Behr) zu Recht bestehen. Nach Sch.s Untersuchungen an skelettierten Schädeln ist dies wahrscheinlich. Selbstbericht.

Mund:

Lenormant, Ch., L'actinomycose des glandes salivaires. (Die Aktinomykose der Speicheldrüsen.) Presse méd. **21,** S. 254—256. 1913.

Während die Aktinomykose Muskel und selbst das Skelettsystem durchsetzt und zerstört, sind die Drüsen, von der Leber abgesehen, nur selten befallen. Die Speicheldrüsen, in deren Umgebung sich ja am häufigsten die aktinomykotischen Prozesse abspielen, erkranken trotzdem selten an Aktinomykose, weil die Kapsel eine Barrière für die Erreger bildet. Meist finden sich nur chronisch interstitielle Entzündungsvorgänge. Außer diesen sekundären Infektionen resp. entzündlichen Veränderungen gibt es jedoch auch eine primäre Aktinomykose der Speicheldrüse, und zwar dringen in diesem Fall die Erreger durch den Ausführungsgang direkt in die Drüse ein. — Die Arbeit ist eine Zusammenfassung der bis jetzt beschriebenen Fälle und bringt keine neuen Tatsachen bei. *Ströbel* (Erlangen).

Klapp, Über eine Methode der Tonsillektomie. Chir. Kong.

Die technische Frage der Tonsillektomie ist noch nicht als gelöst zu betrachten. Die Indikation zur vollständigen Entfernung erkrankter Tonsillen würde weiter gesteckt werden können, wenn die Operation einfach und nicht gefährlicher als die Tonsillotomie wäre.

Klapp gebraucht zur Tonsillektomie ein Instrument, welches der Luerschen Hohlmeißelzange am nächsten kommt. Es ist mit 2 hohlmeißelartigen Fortsätzen ausgestattet, die ober- und unterhalb der Tonsille in die Gaumenpfeilernische eingesetzt werden. In einer größeren Reihe von Fällen hat es sich ergeben, daß die Tonsillen ganz radikal entfernt werden können. Es gehört natürlich eine gewisse Übung dazu, das Instrument zu führen.
Selbstbericht.

Schreiber, Richard, Tonsillektomie (mit Berücksichtigung eines neuen Verfahrens nach Klapp). (*Chirurg. Univ.-Klin. u. Poliklin., Berlin.*) Therap. d. Gegenw. **54,** S. 145—149. 1913.

Schreiber tritt der von Hopmann aufgestellten Forderung bei, daß überall dort, wo überhaupt eine Mandeloperation indiciert erscheint, die totale Exstirpation zu erfolgen hat. Er betont die wenig befriedigenden Erfolge nach der einfachen Tonsillotomie und die Unschädlichkeit der Entfernung der Tonsillen für den Organismus. Als Kontraindikation sieht er an Diphtherie und alle akuten Formen der Angina, weil hier neue Wundflächen zu den bereits bestehenden gesetzt würden. Der Eingriff soll ohne Allgemeinnarkose vorgenommen werden, höchstens ist eine Bepinselung des Rachens mit Cocainlösung oder ähnlicher erlaubt. Von allen bisher angegebenen Instrumenten zur Tonsillektomie entspricht dasjenige nach Klapp den zu stellenden Anforderungen am idealsten. Dasselbe hat bekanntlich

das Aussehen einer Luerschen Hohlmeißelzange. Es sind mit diesem Instrument von Verf. etwa 60 Fälle operiert worden, ohne daß störende oder unerwünschte Begleit- oder Folgeerscheinungen beobachtet wurden. *Knoke* (Wilhelmshaven).

Lengyel, Árpád, Meine Erfahrungen über die mit dem Aurelius Réthischen Expressor ausgeübte Tonsillektomie. (*K. ungar. Univ.-Klin. f. Nasen- u. Kehlkopfkrankh., Budapest.*) Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. **27,** S. 349—356. 1913.

Der Réthische Expressor besteht aus 2 sich spreizenden Branchen, an deren Enden sich nach einer Seite hin schaufelförmige Ansätze befinden. Nachdem die Schleimhaut oberhalb des oberen Pols der Tonsille, der übrigen der übrigens bisweilen submukös weiter als sichtbar hinaufreicht, eingeschnitten ist, wird der Expressor durch die Wunde in das Bindegewebe hinter der Tonsille geführt und durch Spreizen der Branchen die Tonsille stumpf aus ihrem Lager herausgedrückt. Das unterste Schleimhautstück, an dem sie zuletzt noch hängt, wird mit der kalten Schlinge durchtrennt. — Die Blutung ist sehr gering, da die Trennung in dem gefäßarmen Bindegewebe geschieht und weder die Wunde zerfetzt noch die Gaumenbögen verletzt werden. *Paetzold* (Berlin).

Wirbelsäule:

Falk, Edmund, Fötale Entwicklungsstörungen am Becken und an der Wirbelsäule als Ursache von Deformitäten, insbesondere von Skoliosen und angeborener Hüftluxation. Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. **31,** H. 3/4, S. 545—566. 1913.

Nach Schilderung der Entwicklungsgeschichte des Beckens und teilweise der Wirbel teilt Verf. mit, wie unter anormalen Wachstumsvorgängen, z. B. durch Auftreten von Halbwirbeln, ferner durch anormale Verkürzung der Lenden- und Kreuzbeinwirbel Skoliosen erzeugt werden können. Auch die in der dorsocervicalen Gegend vorkommenden Halsrippen können mannigfache Störungen veranlassen. — Für die kongenitale Hüftgelenksluxation kann eine mangelhaft entwickelte Pfanne in Betracht kommen. Doch kann ein stärkeres Wuchern der die Pfanne bildenden Knorpel bei der starken Flexion der Oberschenkel im Uterus eine Torsion des Oberschenkels und damit immer mehr ein Heraustreten desselben aus der Pfanne veranlassen. Die chondrodystrophische Zwergform hat ebenfalls ihren Grund in intrauteriner Entwicklungsstörung und beruht auf einer mangelhaften Fähigkeit des Knorpels, in normaler Weise Längsreihen von Knorpelzellen zu bilden. Es kommt oft zu einer frühzeitigen Verknöcherung, die zu den Mißbildungen führt. *Becker* (Halle a. S.).

Joachimsthal, Über Abbotts Methode der Behandlung seitlicher Rückgratsverkrümmungen. (*Univ.-Poliklin. f. orthop. Chirurg., Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** N. 15, S. 671—675. 1913.

Das Prinzip der Abbotschen Methode besteht darin, daß die Patienten, welche auf einer an einem besonderen Rahmen befestigten Drellmatte in hochgrädiger Kyphosierung gelagert sind, unter Anlegung von stark überkorrigierenden und detorquierenden Leinenzügeln eingegipst werden. Die starke Beugestellung erlaubt eine bessere Korrektur der seitlichen Verbiegungen; die durch ein Fenster und Aussparung in Gips hinten auf der konkaven Seite nach dieser umgeleitete Atmungsbewegung erleichtert der Wirbelsäule die Umkrümmung nach der der Verbiegung entgegengesetzten Seite und gestattet den eingesunkenen Rippen eine vermehrte Ausdehnung. Durch schrittweises Einlegen von Filzplatten auf der Seite der Konkavität vorn durch ein zweites Fenster oder spaltförmige Löcher wird die Umkrümmung weiterhin gefördert. Gepolstert wird mit Filzstücken zwischen zwei Trikots.

Joachimsthal hat das Verfahren an 36 8—20jährigen Pat. geprüft, welche alle fixierte, schon ohne wesentlichen Erfolg behandelte Skoliosen hatten. Er findet Totalskoliosen oder wenigstens solche mit vorwiegender Dorsalverkrümmung am besten geeignet. Es wurden hauptsächlich rechtsseitige Abweichungen ausgewählt, weil linksseitige Verkrümmungen das Anlegen des Gipses — wohl infolge der Lage des Herzens — gewöhnlich so schlecht vertragen, daß sie am besten von der Abbotschen Behandlung ganz auszuschließen sind. Die Gipsverbände wurden ca. 3 Monate getragen und nach 4—6 Wochen gewechselt. Die Behandlung kann ambulant erfolgen; mehrere Pat. nahmen im Gips an Gewicht zu. Die unmittelbaren Resultate sind oft überraschend gut, was die Entfaltung der eingesunkenen

Partien und die äußere Form des Brustkorbes anlangt. Aber sie sind zum Teil durch Entstehung einer kompensatorischen Gegenkrümmung in der Lendenwirbelsäule zu erklären; auch dürfte das Erreichte wohl trotz energischer Nachkur mit Turnen, Massage und Apparaten vielleicht nicht immer festgehalten werden können. Abbildungen von der Technik und von einem wesentlich gebesserten Fall. *Zieglwallner* (München).

Rückenmark, peripherisches, sympathisches Nervensystem:

Brelet, M., La valeur thérapeutique de la ponction lombaire. (Der therapeutische Wert der Lumbalpunktion.) Gaz. des hôp. Jg. **86,** Nr. 40, S. 648—650. 1913.

Referat einer Inauguraldissertation von Baumel (Montpellier, Juli 1912, Le bilan thérapeutique de la ponction lombaire), welche die Ergebnisse der therapeutischen Anwendung der Lumbalpunktion mit und ohne nachfolgende medikamentöse Injektionen zusammenstellt. Zum kurzen Referat ungeeignet. *Wrede* (Jena).

Rothmann, Max, Gegenwart und Zukunft der Rückenmarkschirurgie. Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 528—533 u. 598—603. 1913.

Rothmann hat 21 Fälle von intramedullären Operationen aus der Literatur zusammenstellen können, obwohl erst seit dem Jahre 1907 solche Eingriffe gemacht werden. Es handelt sich um 12 intramedulläre Tumoren, 3 extramedulläre Tumoren, welche sekundär in das Rückenmark eingedrungen waren, 2 Fremdkörper (Kugeln) im Rückenmark, 4 anderweitige umschriebene Krankheitsherde (1 Tuberkulose, 2 Cysten, 1 Blutungsherd). 4 Fälle kamen ad exitum, in 5 trat kein wesentlicher klinischer Erfolg ein, bei 12 Fällen war das Ergebnis gut. R. erörtert theoretisch die Bedingungen für einen intramedullären Eingriff. Der Verlust der Hinterstränge des Rückenmarks kann verhältnismäßig leicht funktionell überwunden werden. Auch die graue Substanz darf in 1 oder 2 spinalen Segmenten weitgehend vernichtet werden, ohne daß es zu anderen Störungen als zu lokalen Paresen und Atrophien in einzelnen Muskelpartien kommt. Ausgenommen ist nur das IV. Cervicalsegment wegen seiner Beziehungen zu den Phrenicuszentren. Selbst bei einer Zerstörung von Hintersträngen, grauer Substanz und Vordersträngen läßt sich auch beim Menschen noch erwarten, daß die ausschließliche Leitung durch die Seitenstränge bei intakten Pyramidenseitenstrangbahnen Stehen und Gehen sowie Übermittlung von Druck-, Schmerz- und Temperatursinn, allerdings bei aufgehobener feiner Lokalisation dieser Empfindungen, zustande bringen würde. Die Zerstörung eines Seitenstranges in Ausdehnung von 1—2 Rückenmarkssegmenten bei der Operation bedingt eine Lähmung der gleichseitigen Extremität, welche besonders am Bein sich weitgehend zurückbilden kann, und eine wenig restitutionsfähige Aufhebung der Schmerz- und Temperaturempfindung in der gekreuzten Extremität. Demnach darf man es wagen, sowohl zentral wie seitlich entwickelte Krankheitsherde des Rückenmarks operativ anzugreifen. R. bespricht weiterhin die Möglichkeit, spastische Contracturen mittels Durchschneidung der Hinterstränge unerträgliche Schmerzen mittels Durchschneidung des gekreuzten Vorderseitenstrangs, Athetose mittels Durchschneidung eines Pyramidenseitenstranges zu behandeln und fordert für diese Operationen die aktive Beteiligung eines Neurologen bei der Durchschneidung selbst. *Wrede* (Jena).

Ranzi, Rückenmarkschirurgie. Chir. Kong.

Von 5 extramedullären Tumoren wurden 3 geheilt, 1 gebessert, 1 starb. 2 intramedulläre Tumoren kamen zur Heilung. Schlecht ist die Prognose bei Wirbeltumoren. Bei Carcinom aussichtslos. 5 Fälle mit 3 Todesfällen, 2 Besserungen. Der angenommene Tumor wurde in 5 Fällen nicht gefunden, 2 mal bestand eine Meningitis serosa circumscripta, 3 mal wurde die Dekompression vorgenommen, in 1 Fall mit bleibendem, in 2 mit vorübergehendem, in 3 ohne Erfolg. Unter

5 Fällen von Fraktur der Wirbelsäule wurde 3mal die neuerdings empfohlene frühzeitige Operation ausgeführt mit wenig befriedigendem Ergebnis. Erfolglos war die Operation in 2 Fällen von Spondylitis. Wegen Spasmus wurden 16 Operationen bei 15 Patienten vorgenommen. Bei Spasmus der unteren Extremität 4 Erfolge unter 6 Fällen, weniger günstig bei Spasmus der oberen Extremität, bei Athetose kein Resultat. Ebensowenig Erfolg hatte die Foerstersche Operation in 1 Fall von gastrischen Krisen, in dem auch schon die doppelte Vagotomie vergeblich ausgeführt worden war. Im ganzen kamen auf 40 Fälle 13 Todesfälle, 5 operativ, 2 durch Meningitis, diese bedingt durch Incontinentia urinae. Die Heilungen und Besserungen zeigen sich erst nach langer Zeit und entwickeln sich allmählich. Operiert wurde einzeitig unter Allgemeinnarkose. Die Dura soll vorsichtig in kleinstem Umfange eröffnet werden, um ein plötzliches Abstürzen des intramedullären Drucks zu verhüten. Aus dem gleichen Grunde operiert man in Beckenhochlagerung. Die extradurale Wurzeldurchschneidung nach Guleke stellt gegenüber dem ursprünglichem Försterschen Verfahren eine technische Erschwerung, jedoch einen entschiedenen Fortschritt dar. Die Chancen der Rückenmarksoperationen sind besser als bei Hirnoperationen. 4 Fälle sind seit Jahren (2—$5^1/_2$) dauernd geheilt. *Katzenstein* (Berlin).

Chir. Kong. **Becker, Rückenmarkschirurgie.**

Verfasser empfiehlt an der Hand einer Krankengeschichte statt der Sondierung des Rückenmarks Punktion mit einer feinen Spritze.

Chir. Kong. **Heile, Zur Darstellung des Epiduralraums.**

Vortragender macht seit Jahren Kochsalzeinspritzungen in den Epiduralraum zur Beeinflussung der Wurzelischias. Hierbei fiel ihm auf, daß die Kranken bei der Einspritzung nur über einseitige Schmerzen klagen. Dies war der Anlaß, die Anatomie des Epiduralraums zu revidieren. Vortragender spritzte eine Emulsion von möglichst hochprozentigem Quecksilber in Terpentin in den Epiduralraum und da ergab sich, daß die einseitig eingespritzte Flüssigkeit auch tatsächlich nur halbseitig den Epiduralraum ausfüllt. Nach der bisherigen anatomischen Vorstellung war der Epiduralraum ein in seinen beiden Hälften frei kommunizierender Raum, der nach unten frei übergeht in den Sakralraum und oben am Hinterhauptsloch endet. Vortragender fand, daß in Wirklichkeit (er bestätigte dieses Resultat an 10 Leichen) in der Mitte eine Scheidewand beide Hälften des Epiduralraums trennt. Diese Scheidewand schließt sich an die Vorderwand des Ligamentum longitudinale posterius an und wird zum Teil nur durch eine dünne Membran dargestellt, die aber funktionell einen absoluten Abschluß beider Hälften gegeneinander zustande bringt. Es darf allerdings die Flüssigkeit in den Epiduralraum nicht mit starker Gewalt eingespritzt werden, da sonst die Scheidewand nachgibt. Nach der Demonstration des Vortragenden gibt bis zu einem gewissen Grade auch der Abschluß des Epiduralraums nach außen in den Intervertebrallöchern nach. Die eingespritzte Flüssigkeit drängt an den austretenden Nervenwurzeln den Duraraum weiter hinaus, bleibt aber immer im Duraraum drin, während im eigentlichen Sakralraum, der nach unten zu die Fortsetzung des Epiduralraums bildet, unterhalb des 2. Sakralwirbels die Flüssigkeit durch die Foramina sacralia in das lockere Beckengewebe hinaustritt. Dies erklärt, warum z. B. eine Sakralanästhesie gut auszuführen ist, weil hier die Flüssigkeiten auf den peripheren Teil der Nerven außerhalb der Wirbelsäule im Beckenbindegewebe wirkt. Reine Epiduralanästhesien dagegen sind bislang kaum erzielt, wenn man nicht zugleich andere Narkotica hinzufügte, weil die Flüssigkeiten nur innerhalb des epiduralen Raumes wirken, hier aber sind die durchtretenden Nerven durch eine Durascheide stark isoliert. Vortragender zeigte, daß nach seinen Versuchen etwa 10—15 ccm Flüssigkeit, die in den Sakralkanal eingespritzt wird, hinaufreicht bis zum untersten Ende der Lendenwirbelsäule. 30 ccm reichen bis zum oberen Teil der Lendenwirbel-

säule und 50 ccm reichen ungefähr halbseitig bis zur Höhe der Halswirbelsäule. Der Epiduralraum endet nach den Demonstrationen des Vortragenden nach oben nicht, wie man bislang annahm am Hinterhauptsloch, sondern setzt sich, wenn auch als sehr schmaler Spalt, fort bis zum Ansatz des Tentoriums an der Schädelbasis. Vortragender macht auf die Bedeutung der geänderten anatomischen Vorstellung des Epiduralraums aufmerksam und besonders auf die Trennung des Epiduralraums für die beiden Körperhälften. Die Einspritzungen in den Epiduralraum lassen sich nach der Demonstration des Vortragenden nicht allein vom Sakralraum aus machen, sondern sind ebensogut möglich durch die Intervertebrallöcher. Dies hat deshalb größere klinische Bedeutung, weil man auf diese Weise direkt Nervengebiete mit der Einspritzung treffen kann, die man vom Sakralkanal aus erst sehr indirekt durch die hochsteigende Flüssigkeit beeinflussen kann. Selbstbericht.

Hals.

Allgemeines:

Girard, Dysphagia und Dyspnoe lusoria. Chir.Kongr.

Als Dysphagia lusoria bezeichnete der englische Arzt Bayford vor ungefähr einem Jahrhundert die Dysphagie, welche entsteht, wenn die Arteria subclavia dextra auf der linken Seite des Aortenbogens entspringt und als Subclavia dextra recurrens, zwischen Speiseröhre und Wirbelsäule oder Trachea, quer verläuft, um zur rechten oberen Extremität zu gelangen. Der Druck des Gefäßes auf den Oesophagus, namentlich bei starker Arterienfüllung kann Schlingbeschwerden verursachen. Diese Dysphagia lusoria (ex lusu naturae, wie man damals die angeborenen Anomalien nannte) ist in Vergessenheit geraten, nachdem eine Reihe von Autoren das Vorkommen eines solchen Zustandes leugneten. Im Jahre 1880 äußerte sich Franz König dahin, daß es in der damaligen neueren Literatur kein einziges verbürgtes Beispiel dieser Art gebe. Girard hat jedoch in den letzten Jahren Gelegenheit gehabt, 2 Fälle von Dysphagia lusoria zu beobachten und operativ zu behandeln. Aber diese Fälle zeichneten sich dadurch aus, daß die Arteria subclavia recurrens nicht hinter der Trachea oder dem Oesophagus, sondern, was viel seltener ist, prätracheal verlief, so daß es nicht nur zu einer Dysphagia infolge indirekten Druckes, sondern auch, durch direkte Kompression der Luftröhre, zu einer Dyspnoe lusoria gekommen ist.

In einem Fall, Frau von 22 Jahren, bestand außerdem noch die Thymusdrüse. Die Diagnose war übrigens darauf gestellt worden. Bei der Exstirpation der ziemlich dünnen Thymus mußte man sich überzeugen, daß die Druckerscheinungen durch die Anwesenheit der Drüse nicht erklärlich seien. Beim weiteren Nachforschen fand sich, auf der Trachea direkt aufliegend, die quer verlaufende Arteria subclavia dextra recurrens. Durch eine Arteriopexie gegen das Manubrium, Umschlingung des Gefäßes mittels eines gestielten Streifens aus dem sehnigen Rande des linken M. sternomastoideus, mit Naht des freien Endes am unteren Ansatze des rechten Sternomastoideus konnte die Arterie von der Trachea entfernt gehalten werden. Die Patientin ist sofort von ihren Beschwerden befreit worden. Im anderen Falle (48 jähriger Mann) waren früher die vorhandenen Erscheinungen von Tracheostenose und Dysphagie auf die Anwesenheit eines bilateralen Kropfes zurückgeführt worden. Ein Chirurg entfernte die eine Kropfhälfte, aber unter Zurücklassung einer Stimmbandlähmung (Recurrensverletzung) und ohne jede Besserung der Beschwerden. Ein anderer Chirurg entfernte später den größten Teil der anderen Kropfhälfte, ebenfalls ohne Erfolg. Darauf trat eine ausgesprochene Cachexia thyreoipriva ein. G. entschloß sich, den Patienten operativ zu behandeln, in der Absicht, durch sukzessive Eingriffe zuerst die Cachexia thyreoipriva durch Implantation von gesundem Schilddrüsengewebe der Luftröhre zu heben, dann eine Anastomose des Stumpfes von N. recurrens mit dem N. descendens hypoglossi vorzunehmen und zuletzt die vermeintlich durch Kropfdruck entstandene Trachealstenose plastisch zu korrigieren. Der letzte Eingriff wurde nicht ausgeführt, weil als Ursache der Schluck- und Atmungsbeschwerden der abnorme Verlauf der Arteria subclavia dextra vorgefunden wurde. Eine Arteriopexie half auch hier in vollkommener Weise, soweit es sich um die Dysphagie handelte. Die Dyspnöe hingegen wurde in diesem Falle nur auf einige Monate gebessert und stellte sich später wieder ein, so daß Patient in einer anderen Stadt, wo er sich damals aufhielt, schließlich tracheotomiert werden mußte. Offenbar war beim Alter des Patienten die von narbigen Geweben umgebene Trachea außerstande, sich zu erholen. Selbstbericht.

Brust.

Allgemeines:

Frühwald, Heinrich E., Zwei Fälle von kongenitaler Trichterbrust. (*I. anat. Inst., Wien.*) Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. **56,** H. 1, S. 13—21. 1913.

hir.Kong. **Guleke, Penetrierende Brust-Bauchwunden.**

Im Gegensatz zur reinen Bauchverletzung ist bei diesen kombinierten Wunden ein langsamer, kräftiger Puls infolge Vagusreizung vorhanden. Auch andere für Bauchverletzung charakteristische Symptome versagen hierbei oft. Während man bei Thoraxverletzungen sich abwartend verhalten kann, muß man bei diesen kombinierten Wunden operativ vorgehen, da sonst die Prognose äußerst ungünstig ist. Es empfiehlt sich das transpleurale Vorgehen, da die Naht des meist verletzten Zwerchfells von der Pleuraseite aus leichter ausführbar ist. Bei vier einschlägigen Verletzungen hat Vortr. zweimal die Thoracolaparotomie und zweimal die Laparotomie ausgeführt. Einmal handelte es sich um eine Schußverletzung des Herzens und Milzverletzung. Ausgang in Heilung. Im zweiten Falle lag eine Peritonitis infolge Stichverletzung mit einem Stockdegen vor, der im siebenten linken Intercostalraum eingedrungen war und den Magen quer durchbohrt hatte. Trotz des Eingriffes war die Peritonitis nicht mehr aufzuhalten.

Katzenstein (Berlin).

Speiseröhre:

hir.Kong. **Ach, Beitrag zur Oesophaguschirurgie.** Siehe dieses Zentralblatt Bd. **I,** H. 10 S. 433.

Die Methode seiner Extraktionsmethode des Oesophagus ist folgende:

Mittels eines großen Rippenbogenschnittes wird der linke Rippenbogen aufgeklappt und man kann sich nun eventuell nach Durchtrennung des Zwerchfells am Hiatus oesophageus davon überzeugen, ob das Carcinom operabel ist oder nicht. Ist das Carcinom operabel, so wird der Oesophagus in seinem Halsteil zirkulär freigelegt, wobei besonders auf die Nervi recurrentes zu achten ist. Nach Anlegen des Brauerschen Überdruckapparates bei 1 cm Überdruck und Zuleitung von Sauerstoff wird nun abdominell vorgegangen und der Tumor mobilisiert; wenn es sich notwendig erweisen sollte, werden die beiden Nervi vagi durchtrennt, was nach seiner Erfahrung von den Kranken auch ohne Cocainisierung derselben anstandslos vertragen wird. Der Oesophagus wird nun oberhalb des Carcinoms abgebunden und die Abbindungsfäden werden lang gelassen. Hierauf wird ein Stahldraht mit einer Öse vom Munde aus in den Oesophagus nach unten vorgeschoben. Es wird der Oesophagus mit einer Naht oberhalb der Unterbindungsstelle durchstochen und zwar derart, daß die Nadel durch die Öse durchgeführt wird. In einer Entfernung von ca. 12 cm von der Öse wird der Faden geknotet und der Oesophagus abermals zirkulär abgebunden. Nach Resektion des Tumors beginnt die langsame Extraktion; sobald in der Halswunde der Invaginationstrichter erscheint, ist die Extraktion beendet. Die aus dem Invaginationstrichter hervorragenden langgelassenen Fäden des Oesophagus werden zur Halswunde herausgezogen und nach Abschneiden des die Drahtöse fassenden Fadens vor dem Munde durch den Narkotiseur, wird der Oesophagus retrahiert, d. h. aus der Halswunde herausgezogen und in seine frühere Lage gebracht und antethorakal subcutan verlagert. Konnten die beiden Nervi vagi erhalten werden, so wird eine Gastrostomie angelegt, mußten sie beide durchtrennt werden, so ist nach den Erfahrungen Achs dringend anzuraten, den Magen zum antethorakalen Oesophagusersatz zu verwenden. Sitzt das Carcinom im Jugulum und reicht etwa 5—6 cm unterhalb des Jugulums, so geht man mittels Kragenschnittes vor, reseziert den Tumor und extrahiert den unteren Oesophagusabschnitt von einer Magenfistel oder von einer Gastrotomiewunde aus nach abwärts und verwendet ihn durch subcutane Lagerung zum antethorakalen Oesophagusersatz. Nur die Carcinome in der Gegend der Bifurkation selbst sind endothorakal anzugreifen unter Extraktion des oberen Resektionsstumpfes nach oben und des unteren nach unten.

A. glaubt zu der Annahme berechtigt zu sein, daß mit dieser Extraktionsmethode schließlich doch gute Resultate gezeitigt werden. Verschiedene Momente müssen jedoch Berücksichtigung finden. Seines Erachtens nach ist es nötig, daß bei der Operation die Allgemeinnarkose möglichst ausgeschaltet wird, speziell bei Kranken mit Lungenemphysem und starrem Thorax. Vielleicht ist die Anwendung der oberen

und unteren Rachenanästhesie nach Jonnesco angezeigt; ferner muß der Überdruck auf ein Minimum beschränkt werden wegen der Gefahr der Dilatation des Herzens und außerdem müsse dafür Sorge getragen werden, daß die Patienten nicht in einem derart desolaten Zustande kommen und dies ist nur zu erreichen, wenn die Chirurgen an alle Ärzte, speziell an die Ärzte auf dem flachen Lande ein Rundschreiben erlassen, worin sie über die Symptome des Oesophaguscarcinoms aufgeklärt und angehalten werden, Kranke, welche die ersten Symptome, wie leichtes Druckgefühl, Schmerz oder Brennen beim Schlucken, aufweisen, sofort dem Chirurgen zur Oesophagoskopie zu überweisen. Unbedingtes Erfordernis ist es allerdings hierzu, daß auch die Oesophagoskopie Allgemeingut sämtlicher Chirurgen wird. Selbstbericht.

Heller hat interessante Tierversuche gemacht, mit Hilfe deren es ihm gelungen ist, durch Cocainisierung des intrathorakalen Vagusabschnittes Reflexe, die sich auf dessen Lungen- und Herzabschnitt bezogen, auszuschalten. Chir. Kong.

Rehn hat ähnliche Versuche beim Tier und an der Leiche gemacht, nur mit dem Unterschied, daß er den Muskelschlauch des Oesophagus stehen läßt und nur seine Schleimhaut durch eine Wunde am Halse hervorholt. Das Ziel muß sein: alle Kardiacarcinome per laparotomiam, alle oberhalb des Zwerchfells gelegenen extrathorakal zu entfernen. *Katzenstein* (Berlin). Chir. Kong.

Unger, Oesophaguschirurgie. Chir. Kong.

Verf. hat wiederholt versucht, das Carcinom im Thoraxteil der Speiseröhre zu operieren, bisher ohne Erfolg. Er benutzt als Druckdifferenzverfahren die Meltzersche Insufflation; sie hat als Vorteil, daß der Thorax ruhig steht, ebenso die Lungen, und der Mund des Kranken zu Manipulationen des Narkotiseurs frei bleibt. Schnitt durch den 7. oder 8. Zwischenrippenraum; meist genügt die Resektion einer einzigen Rippe. Weder Knopf noch Naht sind brauchbar, man versenkt den unteren Stumpf in den Magen, den oberen zieht man mittels Sonde, vom Munde eingeführt, hinaus bis ans Jugulum; in einem Falle riß der Oesophagus ab von der Sonde, man mußte vom Thorax und Jugulum zusammen arbeiten. Tod infolge Nachblutung nach 4 Tagen. Die Durchschneidung der Vagi in der Nähe des Zwerchfelles ist unschädlich. Selbstbericht.

Kümmell hat außer vier Rouxschen Operationen elf Oesophaguscarcinome reseziert. Davon sind drei Kardiacarcinome geheilt, die er per laparotomiam entfert hat. Auf Grund seiner Erfahrungen ist er durchaus gegen jede primäre Vereinigung, und der Meinung, daß die Möglichkeit einer Heilung nur in der zweizeitigen Operation gegeben ist. Falls bei der Operation ein Vagusast verletzt wird, muß auch der zweite durchschnitten werden. Chir. Kong.

Röpke demonstriert an Zeichnungen die Bildung eines Schlauches aus einem Teil des Magens zum Ersatz des Oesophagus unter der Haut der vorderen Brustwand. Chir. Kong.

Stieda demonstriert eine Patientin, bei der er ähnlich wie Lexer wegen Verätzung des Oesophagus einen künstlichen Oesophagus unter der Haut der vorderen Brustwand gebildet hat. Wie die Demonstration ergibt, funktioniert die neugebildete Speiseröhre gut. *Katzenstein* (Berlin). Chir. Kong.

Halpern, J. O., Zur Frage der Oesophagusplastik. (*Gouvernem.-Krankenh., Twer.*) Chirurgia **33**, S. 114—120. 1913. (Russisch.)

Nachdem Verf. die Methoden von Roux, Lexer und Bircher zur Bildung einer neuen Speiseröhre gestreift, berichtet er über eigene Versuche an Leichen und Hunden, die er ausgeführt, angeregt durch den Vorschlag von Hirsch (1911), den Oesophagus aus der vorderen Magenwand plastisch zu bilden. Verf. gebrauchte dabei nicht die vordere Magenwand sondern benutzte dazu einen Lappen aus der großen Kurvatur. Es wird dabei nach Anlegung von großen Klemmen an den Magen parallel der großen Kurvatur ein schmaler Schlauch gebildet, dessen Basis links am Magen liegt. Das freie linksseitige Ende des neuen Schlauches wird von dem oberen Wundwinkel aus durch einen Tunnel im Unterhautzellgewebe der Brust bis an den Hals geführt, wo das Ende eingenäht wird. Es gelang, diese Operation am Hunde gut auszuführen und die Tiere durch den so gebildeten Oesophagus zu ernähren. Nachdem Verf. seine

Versuche schon beendet, erfuhr er von ähnlichen Versuchen von Ijanu, nur in den Details unterschieden sich die Verfahren. In diesem Sinne ist ein Patient von Röpke schon operiert worden. Auf Grund seiner Versuche empfiehlt Verf. dieses Verfahren beim Menschen in geeigneten Fällen anzuwenden, indiziert ist es nur bei gutartigen Narbenstenosen der Speiseröhre. *Schaack* (St. Petersburg).

Fink, Franz v., Über plastischen Ersatz der Speiseröhre. (*Kais. Franz-Josef-Hosp., Karlsbad.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 15, S. 545—547. 1913.

Verf. verwendete Magenkörper, Pylorus und den horizontalen Ast des Duodenums zum Ersatz der Speiseröhre bei einem 47 jährigen Patienten mit Oesophaguscarcinom. Das Verfahren gestaltet sich folgendermaßen: Medianschnitt vom Proc. xiphoideus bis zum Nabel. Der Magen wird an der großen und kleinen Kurvatur durch partieenweise Unterbindung des Lig. hep. gastr. und gastr. col. bis zum Rande des Carcinoms einerseits und dem vertikalen Schenkel des Duodenum andererseits mobilisiert. Durchtrennung des Duodenums am Übergang des horizontalen Astes in den vertikalen. Verschluß des vertikalen Schenkels. Resektion der 9. Rippe am Rippenbogen zwischen Parasternal- und Mammillarlinie mit Eröffnung des Peritoneum parietale. Der Magen wird nun durch den infolge Resektion der Rippe gesetzten Defekt hindurchgeführt und auf der vorderen Thoraxwand subcutan nach oben gezogen. Fixation des Magenkörpers am Peritoneum in der Circumferenz der Resektionslücke der 9. Rippe. Gastroenterostomia post. Bildung eines thorakalen Hautschlauches und Vereinigung desselben mit der freiliegenden Duodenalöffnung. Im 2. Akt der Operation Resektion der normalen Speiseröhre im unteren Halsabschnitt und Vereinigung mit dem oberen Ende der antethorakalen Speiseröhre. Letzteren konnte Verf. nicht durchführen, da Patient nach Perforation des Carcinoms an Schwäche zugrunde ging. Verf. glaubt, daß seine Methode leicht ausführbar sei und große Vorteile bietet. *Jurasz* (Leipzig).

Brustfell:

Chir.Kong. **Burckhardt, Über Infektion der Brusthöhle.**

Vortr. hat experimentelle Studien über die Infektionsempfänglichkeit in der Brusthöhle mit und ohne Pneumothorax ausgeführt und festgestellt, daß beim Vorhandensein eines Pneumothorax eine große Prädisposition für Infektionen besteht. Die praktischen Folgerungen ergeben sich von selbst. *Katzenstein* (Berlin).

Lungen:

Wollstein, Martha, and S. J. Meltzer, The reaction of the lungs to the intrabronchial insufflation of killed virulent pneumococci and of plain sterile bouillon. (Die Reaktion der Lunge auf eine intrabronchiale Insufflation von abgetöteten, virulenten Pneumokokken und klarer, steriler Bouillon.) (*Rockefeller inst. f. med. res., New York.*) Journal of exp. med. Bd. **17**, Nr. 4, S. 424—428. 1913.

Die an Hunden ausgeführten Versuche zeigen, daß die Einführung von 15 ccm durch Hitze abgetöteter, virulenter Pneumokokkenkultur in die Bronchien nur eine oberflächliche, rasch abklingende Entzündung der Lunge zur Folge hat und nicht mit der durch lebende erzeugten zu vergleichen ist. Auch sterile Bouillon ruft in den Teilen, mit denen sie in Kontakt kommt, eine nach 48 Stunden wieder abklingende Kongestion des Lungengewebes hervor. *Kulenkampff* (Zwickau).

Chir.Kong. **Tiegel, Über Spontanheilung von Lungenwunden.**

Ein Fall von sehr schwerer Lungenruptur, bei welchem eigentlich alle Indikationen für eine breite Thorakotomie und Nahtversorgung der Lungenwunde gegeben waren (erheblicher Hämothorax, Spannungspneumothorax und hochgradiges Zellgewebsemphysem, das schließlich auch auf das Mediastinum übergriff), kam ohne jeden größeren Eingriff zur Ausheilung. Das interstitielle Emphysem, das bereits zur Erstickungsnot geführt hatte, wurde 2 Tage lang ständig abgesaugt, und zwar von einem kleinen Schnitt im Jugulum aus, über welchen eine mit einer Wasserstrahlsaugpumpe in Verbindung gebrachte Biersche Saugglocke gestülpt wurde. Der starke Hämo- und Pneumothorax wurde durch ein in Lokalanästhesie eingelegtes Ventildrain beseitigt. Der Verlauf war ein fieberfreier. In kurzer Zeit erfolgte völlige Wiederherstellung. Die Beobachtung dieses Falles regte dazu an, der Frage der Spontanheilung von Lungen-

wunden experimentell näherzutreten. Es wurden bei 33 Hunden sehr ausgedehnte Riß- und Schnittverletzungen der Lungen gesetzt, die nicht versorgt wurden. Die anfangs meist sehr abundante Blutung kam auffallend rasch spontan zum Stillstand. Die Lungenwunden verklebten im Verlauf einiger Tage so fest, daß sie bei Aufblähung der Lungen Druckwerte von 30—60 mm Hg aushielten. Die Resultate waren gleich günstige bei primärem Schluß der Pleurahöhle wie bei Ventildrainage, bei glattem aseptischem Verlauf wie bei eintretender Infektion. Die große Tendenz der Lungenwunden zur Spontanheilung, die in den vorliegenden Versuchen festgestellt wurde und die auch klinisch nicht selten sich beobachten läßt, spricht sehr zugunsten eines mehr konservativen Vorgehens.

Selbstbericht.

Jehn, Zur chirurgischen Behandlung chronischer Lungeneiterungen. Chir. Kong.

Er hat vielfach chronische Lungeneiterungen vermittels Pneumothorax behandelt und gefunden, daß metapneumonische sowie genuine Lungenabscesse sehr günstig hierbei beeinflußt werden. Sind aber Bronchiektasen vorhanden, dann kann zwar der Zustand gebessert werden, jedoch nicht ausheilen, weil die Bronchien starr sind. (Demonstration von Präparaten.) *Katzenstein* (Berlin).

Sundberg, Carl, Drei Todesfälle mit Obduktion nach Behandlung von Lungentuberkulose mit künstlichem Pneumothorax. (*Karolinisches Inst.*, *Stockholm.*) Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. 26, S. 303—333. 1913.

Die Zahl der plötzlich bei Anlegung eines künstlichen Pneumothorax durch Pleurapunktion auftretenden Todesfälle, die sich nach einer Zusammenstellung von Hansen im Mai 1912 auf 8 belief, wird in der vorliegenden Arbeit um 3 weitere vermehrt.

Fall 1. 28jährige, verhältnismäßig rüstige Frau, die bereits 7 mal ohne besondere Schwierigkeiten nach der Methode Forlaninis behandelt worden war. Bei der 8. Punktion kollabiert Patientin plötzlich, bevor noch der Hahn des Gasbehälters geöffnet worden war. Die Patientin bleibt bewußtlos bis zu ihrem Tode, der 36 Stunden nach der Punktion eintrat. Sie weist in dieser Zeit außer Störungen der Zirkulation und der Atmung zunächst Reizungssymptome vom Gehirn her, später Lähmungen auf. Bei der Sektion fand sich keine Verletzung der Lunge. Nirgends Gasblasen, weder in den Gefäßen des Gehirns, noch in anderen Gefäßen oder im Herzen. Dagegen finden sich neben auffallender Hyperämie der Hirnhäute und der Hirnrinde zahlreiche sowohl anämische wie hämorrhagische Erweichungsherde. Fall 2. 49jähriger Mann. Bei der 22. Nachfüllung tritt 2—3 Minuten nach der Operation plötzlich inspiratorische Dyspnöe auf. Während der Puls gut bleibt, auch die Psyche keine Störungen zeigt, nimmt die Dyspnöe zu, Cyanose stellt sich ein und ungefähr nach 3 Stunden erfolgte der Tod. Bei der Sektion fand sich die Lunge auf der operierten Seite so komprimiert und von der Thoraxwand entfernt, daß ein Einstich in dieselbe einfach undenkbar war. Die Oberfläche der Lunge weist keine Verletzungen auf, auch finden sich an der Injektionsstelle keine Adhäsionen, in deren Venen hätte Luft injiziert werden können. Die Stimmritze findet sich nicht in der üblichen Kadaverstellung, sondern ist geschlossen, so daß möglicherweise ein Krampf der Schliesser der Kehlkopfmuskulatur bzw. eine Lähmung der Öffner vorgelegen hat. Fall 3. 21jähr. Pat. Bei der 6. Nachfüllung wurde freie Pleurahöhle nicht angetroffen. Daher werden zunächst unter ziemlich starkem Druck 50 ccm physiologische Kochsalzlösung injiziert, danach 160 ccm N., die ziemlich leicht einflossen. Kurz nach der Insufflation trat unter lebhafter Unruhe, zunehmender Dyspnöe, Blässe und Cyanose, Bewußtseintrübung der Tod ein. Bei der Obduktion fanden sich an der Lunge zwei geringfügige Läsionen, die anscheinend von der Punktion herrührten. Die Darmwand ist fleckweise emphysematös, doch sind die Blasen nicht an die Gefäße gebunden, sondern ähneln mehr kadaverösem Emphysem.

Den hier mitgeteilten Fällen kommt eine gewisse Bedeutung zu für die Entscheidung der Frage, ob die genannten Komplikationen durch Gasembolie bedingt sind, wie Brauer glaubt, oder durch nervöse Reflexvorgänge, wie Forlanini meint. Sundberg nimmt an, daß die beiden ersten Fälle, vor allem der zweite, nicht als Gasembolie gedeutet werden können. In dem ersten Falle hält er einen Gefäßkrampf für wahrscheinlich, der mit multipler Thrombose in den kleinen Hirngefäßen und multipler Gehirnrindenmalacie endigte. Den zweiten Fall erklärt er durch reflektorischen Laryngospasmus, welcher auch von Brauer als eine auf dem Reflexwege

ausgelöste Wirkung angenommen wird. In dem dritten Falle erscheint ihm eine Gasembolie nicht ganz ausgeschlossen. *Tiegel* (Dortmund).

Chir.Kong. **Friedrich** bespricht, unter Vorstellung des entsprechenden Kranken, die bemerkenswerte Rückwirkung einer ausgedehnten Brustwandresektion auf bestehendes hochgradiges Lungenemphysem.

Ein 54jähriger russischer Kranker, Kutscher von Beruf, mit hochgradigem Lungenemphysem mit Thoraxstarre kam zur Aufnahme wegen periostalen Rippensarkoms, welches vom II. Intercost.-Raum bis zur VI. Rippe rechts als zusammenhängender, massiger, fester Tumor sich umgrenzen ließ. Das Röntgenbild zeigte in der Lunge keine Tumormetastasen, zahlreiche verkalkte Hilusdrüsen. In örtlicher Anästhesie und unter Druckdifferenz wurde zur Tumorentfernung die Brustwand aufgeklappt: das Brustwandloch umfaßte den Bereich der III., IV., V., VI. Rippe rechts, je 12 cm lange Rippenresektion, hatte also die Größe von rund 120—150 qcm. Die Tumormasse hatte die Pleura costalis nach innen vorgebeult. Ein schmaler bandartiger Adhäsionsstreifen führte gegen die respiratorisch auf- und niedergehende Lunge. An der Lungenbasis dieses Streifens finden sich mehrere Metastasen des Tumors in der Lunge. Die Lunge wird vorgewälzt und ist im übrigen metastasenfrei. Daher wird der Metastasenherd aus der Lunge ausgeschnitten, die Lungenwunde genäht, die Lunge selbst in die Brustwandlöcher nicht eingenäht, sondern ihrem freiem Spiel überlassen, der über dem Tumor abtrennbare Hautlappen wieder dicht eingenäht, darauf nach Luftaustreibung aus dem Thorax das ganze Wundgebiet vollkommen geschlossen. Rasch überwundene, doch deutliche pneumonische Reaktion im Operationsgebiet der Lunge; im übrigen reaktionslose Heilung per primam.

In den der Operation folgenden Wochen der Beobachtung macht sich eine ganz auffällige Besserung der Emphysembeschwerden bemerkbar. Das Zusammentreffen kann natürlich ein zufälliges sein. Doch gibt Friedrich, mit aller Reserve, der Vorstellung Ausdruck, daß hier durch Anlegung der großen Brustwandlücke, in der sich die in- und exspiratorischen Bewegungen der Lunge extensiv verfolgen lassen (Vorblähung und tiefes Einziehen), ähnliche Verhältnisse geschaffen worden sein könnten, wie durch die Rippendurchschneidung oder -resektion im Freundschen Sinne: mit der freieren Bewegung eines größeren Lungenabschnittes fällt ein Teil des beim Emphysem bestehenden Widerstandes für den Pulmonalkreislauf fort. Die ganze Erwägung würde in Einklang stehen mit der von F. entwickelten Theorie zur Erklärung des operativen Erfolgs beim Emphysem mit Thoraxstenose, wie sie zum Chirurgenkongreß 1911 von F. entwickelt wurde und wie sie von pathologisch-anatomischer Seite (Kaufmann) in Sumitas Arbeit adoptiert worden ist. Selbstbericht.

Herzbeutel, Herz:

Chir.Kong. **Läwen** hat mehrfach die Trendelenburgsche Operation gemacht, jedoch stets ohne Erfolg, weil sie nur bei Moribunden ausgeführt wurde. Statt der von Trendelenburg empfohlenen und sehr gefährlichen temporären Abschnürung der Art. pulmonalis und der Aorta empfiehlt er, vermittels des Rehnschen Handgriffes die beiden Venae cavae zu komprimieren, da hierdurch eine Entlastung des rechten Herzens stattfindet. Weiterhin empfiehlt er die Anwendung der künstlichen Atmung, die Injektion von Adrenalin ins Herz, jedoch die Vermeidung der Herzmassage. *Katzenstein* (Berlin).

Chir.Kong. **Schmidt, Herzchirurgie.**

Er schlägt auf Grund von Leichenversuchen vor, das Herz vermittels Trennung des Sternums freizulegen.

Chir.Kong. **Rehn** durchtrennte in einem Falle das Sternum von unten her und klemmte die Venen in der besprochenen Weise ab, ohne jedoch den Patienten retten zu können. *Katzenstein* (Berlin).

Bauch und Becken:

Allgemeines:

Chir.Kong. **Güsbeck und Orth, Experimenteller Beitrag zur Hormonaltherapie.**

Da die unangenehmen Nebenwirkungen des Hormonals sowie seine oft unsicheren Erfolge das Vertrauen zu ihm erschütterten, versuchten wir experimentell, ob es

nicht möglich wäre, das Hormonal mit einem blutdrucksteigernden Mittel zu kombinieren. Wir wählten zunächst das Adrenalin, dessen blutdrucksteigernde Wirkung ja bekannt ist. Es zeigte sich nun, daß auch das Adrenalin die Blutdrucksenkung des Hormonals nicht beeinflusst. Seine Wirkung der Blutdrucksteigerung tritt zwar ein, wird aber sehr schnell durch die Hormonalwirkung illusorisch gemacht. Dazu kommt, daß das Adrenalin die Peristaltik durch Erregung der vasomotorischen hemmenden Nervenfasern ungünstig beeinflußt. Günstig liegen die Verhältnisse beim Strophantin, dessen blutdrucksteigernde Wirkung eine sehr prompte und anhaltende ist. Am besten geeignet erscheint das Pituitrin, das beide Komponenten, die der Blutdrucksteigerung und der Peristaltik anregenden, in sich vereinigt. Wie wir in unsern Versuchen finden konnten, ist die die Darmperistaltik anregende Wirkung dem des Hormonals überlegen (Tierversuch! s. Kurve). Es ist nun die Frage naheliegend, die Hormonaltherapie mit der des Pituitrins zu kombinieren im Sinne Klotz durch Kochsalzclysmen mit Pituitrin oder intravenöser Applikation. Eine Kombination zur Erzeugung erhöhter peristaltischer Wirkung von Hormonal mit Pituitrin dürfte wegen der verschiedenen Angriffspunkte beider Mittel fraglich erscheinen, doch sollen in diesem Sinne weitere Versuche folgen. Näher liegt Pituitrin mit Phtysostigmin zu kombinieren. Sämtliche Versuche wurden mit Veohormonal ausgeführt, das aber auch nicht frei von Albumosen ist. (Geisbeck. Biuretreaktion.) (Selbstbericht.)

Mercier, R., Diagnostic d'un kyste hydatique lombaire par les méthodes biologiques. (Diagnose einer Echinokokkuscyste in der Lendengegend mit Hilfe der biologischen Methoden.) Prov. méd. **26,** S. 131—132. 1913.

Kindskopfgroßer Tumor in der rechten Lendengegend. Punktion ergibt wenig visköse Flüssigkeit mit viel Detritus, Cholesterin usw. Keine charakteristischen Zellbestandteile. Wegen der deutlichen Eosinophilie des Blutes (9%) Verdacht auf Eosinokokkus. Komplementbindung nach Weinbergs Methode (gegen Eosinokokkencystenflüssigkeit vom Schaf) positiv, desgleichen Präzipitation. Operation: Vereiterte Hydatidencyste, in toto exstipiert. Eosinophilie verschwindet am Tag nach der Operation. *Ströbel* (Erlangen).

Hernien:

Melchior, Lauritz, Ein Fall von Hernia diaphragmatica bei einem erwachsenen Phthisiker. (*Oeresundkrankenh., Kopenhagen.*) Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. **26,** S. 263—267. 1913.

Beschreibung des pathologisch-anatomischen Befundes einer vielleicht traumatisch entstandenen Hernia diaphragmatica sinistra bei einem 47jährigen Phthisiker. Die durch den in die linke Pleura verlagerten Magen und einen Teil des Dickdarmes komprimierte Lunge zeigt eine starke Begrenzung des tuberkulösen Prozesses mit Bindegewebsentwicklung. *Jehn* (Zürich).

Tscherepnin, K., Zur Kasuistik seltener Leistenbrüche. (*Chirurg. Univ.-Klin., Tomsk.*) Chirurgia **33,** S. 121—125. 1913. (Russisch.)

Es handelt sich um zwei ganz analoge Fälle bei einem 17 jährigen und einem 24 jährigen Patienten, die angeborenen schweren Leistenbrüche, die mit Kryptorchismus kombiniert waren, hatten Bruchsäcke mit sehr abnormem Verlauf. Nach dem Austritt aus dem äußeren Leistenring waren die Bruchsäcke aus irgendeinem Grunde nach außen und oben geschlagen und befanden sich somit auf der Aponeurose des M. obl. abd. ext. Derartige Brüche gehören zu den abdominalen Brüchen, es werden hier unterschieden, Hernia properitonealis, Hernia interparietalis und Hernia superficialis, wenn der Bruchsack gleich unter der Haut zu liegen kommt. Die Fälle des Verf. gehören dieser Kategorie an. Derartige Fälle hängen mit Entwicklungsanomalien beim Descensus testiculi zusammen. Sie sind selten, Cohn (Arch. f. klin. Chir. 1907) konnte 17 derartige Fälle sammeln. Beide Pat. des Verf. wurden operiert und geheilt entlassen. In beiden Fällen wurde der kleine atrophische Hoden entfernt. *Schaack* (Petersburg).

Magen, Dünndarm:

Lipowski, Die Diagnose und Behandlung des Magenkrebses vom Standpunkt des Internisten. Würzburg. Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med. **13,** H. **6,** S. 143—177. 1913.

Die Gewichtsabnahme ist kein notwendiges Begleitsymptom des Magencarcinoms. Es kommen sogar erhebliche Gewichtszunahmen vor. Heftige

Kreuzschmerzen, die nach den seitlichen Thoraxpartien und nach dem Abdomen zu ausstrahlen, sprechen bei Magenkrebs sehr für Wirbelmetastasen. Derartige Metastasen sind im allgemeinen im Röntgenbilde nicht nachweisbar. Die Kellingsche Hämolysenreaktion mit Taubenblut ist nach Verf. Erfahrung für die Frühdiagnose des Magencarcinoms durchaus brauchbar; jedenfalls ist sie den übrigen serologischen Methoden überlegen. Die Salomonsche Spülprobe ist unzuverlässig. Von ganz besonderem diagnostischem Wert ist die Röntgenuntersuchung. Sie darf indes nur neben und mit den anderen bekannten Untersuchungsmethoden verwertet werden. Bei carcinomatöser Entartung des Pylorus ist das Erbrechen durchaus kein ständiges, auch kein häufiges Symptom; es tritt frühzeitig Inkontinenz des Pylorus ein, so daß der Mageninhalt vorzeitig den Magen verläßt. Die einzige Heilungsmethode des Magencarcinoms ist nach wie vor die chirurgische Radikaloperation. Unter 100 Fällen des Verf. sind nur 4 bisher durch Resektion geheilt. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Béclère, Henri, Biloculation d'emprunt de l'estomac par réplétion gazeuse du côlon. Sténose du duodénum. (Scheinbare Zweiteilung des Magens durch Gasfüllung des Kolon. Duodenalstenose.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jg. 5, Nr. 43, S. 93—95. 1913.

Mann, der seit langem an den verschiedensten Schmerzen und Störungen von seiten des Verdauungstraktes litt, bot bei der Röntgenuntersuchung mit Kontrastmahlzeit eine Art von Sanduhrmagen, die jedoch lediglich durch starke Gasauftreibung des Colon ascendens bedingt war, während sich am Magen selkst keine Zeichen von Ulcus, Narbe oder Carcinom finden ließen. Der untere größere Teil des scheinbar geteilten Magens reichte bis 10 Querfingerbreit unter den Nabel. Die Entleerung des Magens war verzögert, jedoch nicht auf Kosten dieses Befundes, sondern infolge einer außerdem bestehenden Stenose im medialem Teile des Duodenum. (1 Röntgenskizze.) *Hoffmann* (Dresden).

Cowie, David Murray, The significance of the pyloric reflex in true and pseudopyloric stenosis in infants. (Die Bedeutung des Pylorusreflexes bei wahrer und bei Pseudopylorusstenose der Kinder.) Americ. journal of dis. of children 5, S. 225—233. 1913.

Während normalerweise säurebindende Mittel den Pylorus geschlossen halten und den Öffnungsreflex desselben verzögern, ist das nicht der Fall bei bestehender Hyperchlorhydrie des Magens. In diesen Fällen erzielt das Alkali einen Pylorusöffnungsreflex. Da nun die Mehrzahl der kindlichen Pylorusspasmen auf eine Hyperacidität des Magens zurückzuführen ist, so sieht Verf. in einer Anreicherung des Magensaftes mit Alkali die beste Therapie gegen diese Zustände. Anführung einer Krankengeschichte mit 3 Tabellen von Magenuntersuchungen, Nahrungsaufnahme usw., die den Wert des Verfahrens zeigen. Die Therapie besteht in Darreichung von Natrium bicarbonicum oder Natrium citricum und Bevorzugung säurebindender Nahrung, ev. unterstützt von Magenspülungen. Die Kur hatte den Erfolg, daß das Kind alle Nahrung voll behielt und in den Darm überführte, während es vordem alles wieder ausbrach. *Hoffmann* (Dresden).

Groedel, Franz, The influence of various contrast substances on the motility of the intestinal canal. (Der Einfluß verschiedener Kontrastmittel auf die Bewegung des Verdauungstraktes.) Arch. of the Röntgen ray Bd. 17, Nr. 11, S. 420—422. 1913.

Da von englischer Seite diese Frage erörtert wurde, legt Groedel unter Hinweis auf seine früheren Veröffentlichungen über diesen Punkt, seine Erfahrungen mit den verschiedenen Mitteln zusammenfassend dar. Er berücksichtigt nur die drei Wismutpräparate: das Bismutum subnitricum, das B. carbonicum und das B. oxychloricum, sowie das Baryumsulfat. Nach einer Wismutmahlzeit (400 Weizenmehl mit 10% Wismut) ergaben sich folgende Daten: Entleerung des Magens nach 2—4 Stunden, des Dünndarms nach 4—5 Stunden, beginnende Coecumfüllung nach 2—3 Stunden, Füllung komplett nach 4—6 Stunden, Füllung des Colon transversum nach 4—12 Stunden,

Füllung der Ampulle spätestens nach 24 Stunden. Die Befunde von Hertz und Rieder entsprechen dem. Die Ergebnisse für Baryumsulfat sind dagegen ganz andere (250 g Baryumsulfat, 20 Mondamin, 20 Zucker, 20 Kakao, 400 Wasser): Entleerung des Magens nach $1^1/_2$—2 Stunden, beginnende Coecumfüllung nach 1—$1^1/_2$ Stunden, Coecum gefüllt nach 2—6 Stunden, Colon transversum gefüllt nach $14^1/_4$ Stunden, Ampulle 24 Stunden spätestens. Hieraus ergibt sich, daß Baryumsulfat die Motilität des Verdauungstraktes beschleunigt, oder, wie Tierversuche ergeben haben, Wismut sie verzögert. Dieser Unterschied macht sich jedoch für den Dickdarm nicht geltend. Verf. gibt dem Baryumsulfat unter Anführung folgender Gründe den Vorzug: 1. Es gibt genügend Angaben für die Bestimmung der physiologischen Beweglichkeit des Verdauungstraktes; 2. es ist viel billiger als Wismut; 3. es stellt ein gutes Kontrastmittel auch für den Dünndarm dar und erleichtert die Untersuchung; 4. der Geschmack des Mittels ist angenehmer als der der übrigen Mittel; 5. es spart Zeit, da die Untersuchungen sich in kürzeren Intervallen folgen können. Beschreibung einer Prüfungsserie von 7 Einzeluntersuchungen und deren Variation bei Antreffen pathologischer Zustände. *Hoffmann* (Dresden).

Haudek, Die Röntgenbefunde bei Ulcus duodeni und ihre Verwendbarkeit für den Chirurgen. Chir. Kongr.

1. Die Duodenalstenose, die als Folgeerscheinung — Narbe — oder als Begleiterscheinung — Spasmus — eines Geschwürs auftreten kann. Stenosen werden zumeist im unteren Anteilc des Duodenums gefunden. 2. Persistierende Schatten im oberen Duodenum. Ein großer persistierender Schatten im oberen Duodenum kann durch eine Stenose, durch Taschenbildung infolge eines Ulcus, sowie bei abnorm starker Knickung des Duodenums durch Periduodenitis vorkommen, doch ist seine Unterscheidung von der normalen Bulbusfüllung schwierig. Die Pars superior kann nämlich auch, ohne daß eine pathologische Veränderung vorliegt, gegen die Pars descendens stark abgeknickt sein, sie verläuft bei tiefstehendem Pylorus nicht horizontal, sondern steil aufsteigend, dann ist die Pars superior oft stark entfaltet und lange Zeit gefüllt. 3. Die Nische ist ein gewöhnlich sehr kleiner Wismutschatten außerhalb der normalen Duodenalfüllung, der den Krater eines tief greifenden Geschwürs ausfüllt. 4. Ein umschriebener Drehpunkt, der sich genau auf das Duodenum gewöhnlich auf die Pars superior projiziert. 5. Abnorm schnelles Übertreten von Mageninhalt in das Duodenum, das namentlich unmittelbar nach Nahrungsaufnahme deutlich ist und dem Bilde einer Pylorusinsuffizienz gleicht. Die Entleerungszeit ist häufig verkürzt; manchmal kommt es zu einer Verzögerung der Austreibung der letzten Portionen und Rückstände nach sechs Stunden. Beträchtliche Retention und Dilatation des Magens wird nie beobachtet. 6. Die Magenperistaltik ist zumeist sehr tief. der Tonus häufig verstärkt. 7. Pylorusfixation infolge Periduodenitis. Der Magen liegt gelegentlich auffallend schräg, die passive Verschieblichkeit der Pars pylorica ist vermindert oder aufgehoben, doch kann auch Perigastritis oder Pericholecystitis den gleichen Befund hervorrufen. 8. Die Röntgenbefunde, die bei Magengeschwüren vorkommen, fehlen. Die Resultate der Röntgenuntersuchung können folgendermaßen verwertet werden: a) Positive Befunde können die Diagnose unterstützen, gelegentlich auch sichern; doch ist die Verläßlichkeit und Eindeutigkeit der Röntgenbefunde bei Ulcus duodeni keine so große, wie die der positiven Befunde des Magengeschwürs. b) Ein normaler Röntgenbefund des Magens und Duodenums gestattet niemals, Ulcus duodeni auszuschließen. Ist nach dem klinischen Befunde, z. B. Magenblutungen, Ulcusbeschwerden, Hyperacidität ein flaches Ulcus anzunehmen, so spricht ein normaler Röntgenbefund, insbesondere das Fehlen von Retention im Magen dafür, daß das vermutete Ulcus eher im Duodenum sitzt als im Magen. c) Bei normaler oder beschleunigter Magen-

entleerung erscheint die bloße Ausführung der Gastroenterostomie widerraten, selbst wenn das Ulcus bei der Operation am Pylorus gefunden wird, ohne daß der Magen dilatiert ist, da die radiologische Erfahrung in Übereinstimmung mit der klinischen lehrt, daß in solchen Fällen die Speisen nach der Gastroenterostomie zum größten Teile den Magen durch den alten Ausgang verlassen. Für solche Fälle empfiehlt sich die Hinzufügung der Ausschaltung oder Verengerung des Pylorus. Selbstbericht.

Chir. Kong. **Gundermann, Über die experimentelle Erzeugung von Magendarmgeschwüren.**

Er bespricht kurz die Experimente Friedrichs und Engelhards über Erzeugung von Magengeschwüren durch Netzgefäßunterbindung, sodann die Versuche Payrs, der durch Injektion ätzender Flüssigkeiten in die Magengefäße Geschwürsbildungen hervorgerufen hat. G. konstatiert dabei, daß diese Autoren bei ihren Versuchstieren auch Leberveränderungen beobachteten. Die Beziehungen der Leber zur Gerinnbarkeit des Blutes im Verein mit den experimentellen Ergebnissen vorgenannter Autoren brachten ihn auf den Gedanken, den Versuch zu machen, durch partielle Pfortaderausschaltung Magen- resp. Darmgeschwüre zu erzeugen. Durch Unterbindung des linken Pfortaderhauptastes erhielt er bei Kaninchen ausnahmslos zahlreiche, akute Magengeschwüre, in einzelnen Fällen auch Duodenalgeschwüre. Die meisten Tiere starben in den ersten 48 Stunden. An den überlebenden Versuchstieren, die in verschiedenen Zeitintervallen nach der Operation getötet wurden, war eine starke Tendenz zur Geschwürsheilung erkennbar. Immerhin fand G. nach 22 Tagen noch ein nicht vernarbtes und, wie die Gewebsneubildung bewies, chronisches Geschwür an der kleinen Kurvatur. Die vom Pfortaderkreislauf abgeschnittenen Leberlappen zeigten das Bild einfacher Atrophie, keine Nekrose. Der normal versorgte Leberrest zeigte rasche kompensatorische Hypertrophie. G. bespricht dann die verschiedenen in Betracht kommenden Möglichkeiten der Geschwürsbildung und kommt zu dem Schluß, daß allein in dem des Pfortaderblutes beraubten Leberteile die Quelle der Veränderung in der Magen- und Darmwand zu suchen sei. Nach seiner Ansicht handelt es sich um toxisch wirkende Stoffe, die in der normalen Leberzelle bereits vorgebildet sind, die von der normal funktionierenden Zelle aber zurückgehalten bzw. weiter verarbeitet werden. Aus dem Umstande, daß er durch Injektion von Leberextrakt gleichfalls Magengeschwüre und Darmblutungen erzeugen konnte, folgert G., daß von der toten Leberzelle ähnliche Substanzen abgegeben werden, wie von der das Pfortaderblut entbehrenden. Nach Anführung mehrerer Beispiele aus der menschlichen Pathologie, die seine Ansicht über den Zusammenhang von Leberschädigung und Magen- und Darmgeschwüren stützen sollen, bespricht G. noch einen Fall, in welchem es ihm gelungen ist, auch beim Hunde durch partielle Pfortaderausschaltung mehrere Duodenalgeschwüre zu erzeugen. Infolge der Analogie zwischen Mensch und Tier hält G. es für wahrscheinlich, daß auch das menschliche Ulcus ventriculi et duodeni seine Ursache hat in einer Dysfunktion der Leber. Selbstbericht.

Chir. Kong. **v. Bergmann, Ulcus duodeni und vegetatives Nervensystem.**

v. Bergmann betont, in Übereinstimmung mit Küttner, daß die Seltenheit der Diagnose Ulcus duodeni in Deutschland kaum auf geographische Verhältnisse zu beziehen ist. Er sah in $^3/_4$ Jahren in Altona 30 durch Operation oder Melaena sichergestellte Fälle, im ganzen mußte 40 mal die Diagnose gestellt werden. Die meisten, früher nicht diagnostizierten Fälle sind als Allgemeinneurosen oder Organneurosen aufgefaßt worden. Untersucht man die Kranken mit Ulcus duodeni genau, so findet sich in der Tat auffallend häufig eine ganze Reihe neurotischer Zeichen. Nebenher wird die diagnostische Bedeutung des duodenalen Druckpunktes und der Unterscheidung von Schmerz bei Magenentleerung (2—5 Stunden post coenam) und Hungerschmerz (z. B. nächtlicher) betont, beides meist Pylorospasmus. Es werden an der Hand von 25 Röntgenbildern erwiesener Ulcera duodeni die charakteristischen, wenn auch nicht pathognomonisch entscheidenden Befunde demonstriert. An v. B.'s Abteilung haben

Westphal und Katsch eine Gliederung der Ulcera duodeni derart vorgenommen, daß zwei Extreme, „die hyperperistaltischen“ und die „maximalsekretorischen Ulcera“, zu unterscheiden wären. Neben diesen reinen Formen, Mischformen beider Typen. Der „maximalsekretorische“ Typ kann absolut unter dem Bilde der Gastrosuccorrhöe (Reichmannsche Krankheit) verlaufen, also unter dem Bilde einer klassischen sekretorischen Magenneurose. Nicht nur am Magen finden sich aber die Zeichen gestörter Motilität und Sekretion in allen nur möglichen Kombinationen, sondern auch sonst im visceralen Nervensystem vor. Von 30 in diesem Sinne genau untersuchten Fällen werden die Befunde tabellarisch demonstriert, um die Häufigkeit der sogenannten „Stigmata des vegetativen Nervensystems“ zu beweisen. Dabei ist zu betonen, daß sowohl Zeichen geänderter Sympathicuseinstellung (z. B. Glanzauge, weite Pupille) als auch solche, die auf den Vagus bezogen werden (z. B. Hypersekretion, Bradykardie usw.) beim selben Kranken vorhanden sind, in bunter Mischung. Es ist keine Rede von isolierten Vagus- oder Sympathicuserkrankungen. Der Vortr. will es ausdrücklich vermeiden, für die Tatsache, daß Neurosen mit dem Ulcus pepticum (es gilt ganz das Gleiche für das Ulcus ventriculi) so häufig zusammen vorkommen, den Kausalnexus hier zu erörtern. Nach seiner Hypothese ist die Neurose oft das Primäre, die anatomische Erkrankung (das Ulcus) das Sekundäre. Jedenfalls ist es aber an der Zeit, sich klar zu machen, daß der andere Kausalnexus, der anscheinend williger angenommen wird, ebenfalls bloße Hypothese ist. Es muß erst ein Verständnis dafür angebahnt werden, wie es möglich ist, daß ein linsengroßes Ulcus am Duodenum beispielsweise Pylorospasmus mit kolossalsten Schmerzen und Saftsekretionen von einem halben Liter und mehr erzeugt, außerdem noch auch außerhalb der Schmerzen etwa vermehrte Schweißsekretion, Blähhals oder ein Glanzauge, um ganz beliebige Beispiele zu nennen.

Der Kausalnexus ist in beiden Fällen heute noch hypothetisch. Die häufige Koinzidenz aber von Symptomen, die zum vegetativen Nervensystem Beziehung haben, und von Ulcus duodeni ist auf Grund des vorgelegten Belegmaterials Tatsache. Selbstbericht.

Adolf Schmidt: Zur Operation kommen meist nur vorgeschrittene Fälle, callöse Ulcera duodeni. Diesen müssen aber Schleimhautulcera vorausgehen, deren Frühdiagnose anzustreben ist. Hier liegt der Wert der Säurebestimmungen. Hyperchlorhydrie und Hypersekretion, deren Unterscheidung undurchführbar ist, indem beide ein Mißverhältnis zwischen Sekretion und Abfuhr ausdrücken, müssen den Verdacht auf Ulcus lenken; bloß nervös sind sie niemals, können dagegen auf einem Katarrh beruhen. Vielleicht wird die Röntgenuntersuchung hier weiterführen können. Was bei dem häufigen Zusammentreffen nervöser Symptome und Ulcus auch ursprünglich Ursache und was Wirkung sein mag, jedenfalls bilden beide einen Circulus vitiosus. Es liegt ein Widerspruch darin, wenn man auf Grund pathologisch-anatomischer Statistiken die Heilungsmöglichkeit des Ulcus duodeni bestreitet (dabei weiß man doch, daß Schleimhautulcera spurlos verschwinden können) und andererseits die Remissionen im Krankheitsverlauf auf Heilungsprozesse zurückführt. Redner ist überzeugt, daß Schleimhautulcera unter sachgemäßer interner Behandlung auch im Duodenum häufig ausheilen und betont, daß die Unmöglichkeit, den Erfolg der Therapie von spontanen Remissionen zu unterscheiden, die chirurgische Behandlung in dem gleichen Grade trifft wie die internistische. *Katzenstein* (Berlin). Chir. Kong.

● **Moynihan, Sir Berkeley, Das Ulcus duodeni.** Dresden u. Leipzig, Steinkopff. 1913. XII, 408 S. M. 18.—.

Eine Monographie, vergleichbar dem Werke Kehrs, welche das Thema in so klaren Umrissen zeigt, daß der weniger Erfahrene vielfach überrascht sein wird sowohl von der Sicherheit der Diagnostik als auch vom Erfolg der operativen Therapie. Nach einem geschichtlichen Überblick bespricht Verf. verschiedene Formen der Geschwüre, welche unter einheitlichen ätiologischen Gesichtspunkten zusammenzufassen sind. 1. Duo-

denalulcera nach Verbrennung. 29 Fälle. Moynihan glaubt, daß sie durch septische Emboli entstehen, welche unter dem Einfluß des sauren Magensaftes in Erosion und Ulceration übergehen. Die größere Seltenheit dieser Komplikation in der Neuzeit wird damit erklärt, daß heutzutage die Heilung unter weniger septischen Bedingungen verläuft. 2. Urämische Ulcera. 27 Fälle. Sind Teilerscheinungen einer urämischen Enterocolitis mit Prädisposition des Duodenums zu tiefen Geschwüren. 3. Tuberkulöse Geschwüre. 41 Fälle. Zwei eigene Beobachtungen. 4. Ulcera bei Melaena neonatorum. 30 Fälle. Amerikanische Autoren sahen vorzügliche Erfolge nach Ausführung der direkten Bluttransfusion durch Gefäßnaht. 5. Das chronische Duodenalgeschwür. Für die Diagnose ist in erster Linie, oft ausschließlich maßgebend, die Anamnese: Jahrelange Beschwerden in den besten Lebensjahren. Völlegefühl, Sodbrennen, saures Aufstoßen, nagende Schmerzen 2 Stunden nach der Mahlzeit im Epigastrium, gegen Rücken und rechte Seite ausstrahlend, besonders Nachts (Hungerschmerz). Aufnahme von Alkalien und festen Speisen bringt Erleichterung. Brechen ist nicht häufig. Die Störungen kommen periodisch, meistens im Winter, im Anschluß an Erkältungen, sie fehlen bei vollem oder ganz leerem Magen. Der objektive Befund ist relativ gering. Gelegentlich Druckschmerz in der Mittellinie oder rechts mit Muskelspannung. Verf. nimmt energisch Stellung gegen die Auffassung der Hyperchlorhydrie als klinisches Krankheitsbild von funktioneller Magenstörung. „Die Hyperchlorhydrie ist Duodenalulcus." HCl-Überschuß findet sich beim Ulcus duodeni in 40%, normale Werte bei 40%, subnormale in 20%. Hämorrhagien sind eine Spätkomplikation, werden anamnestisch bei 37% angeführt; in okkulter Form sind Blutungen nur in 50% nachweisbar. Aus dem Kapitel Differentialdiagnose ersehen wir, daß neben der Kenntnis bekannter Symptome für die chronischen Entzündungen verschiedener Bauchorgane, Tabes und Banti, genaue Anamnese, Untersuchung und vor allem die persönliche Erfahrung ausschlaggebend sein wird. Die Röntgendiagnose wird dargestellt von Kreuzfuchs. Sie zeigt, daß beim Ulcus duodeni eine beschleunigte Entleerung des Magens stattfindet durch Herabsetzung des Pylorusreflexes. Sichere Anhaltspunkte gewinnen wir aus einem isolierten persistierenden Wismutfleck im Anfangsteil des Duodenums bei sonst entleertem Magen. Gelegentlich sehen wir einen spastischen Sanduhrmagen. Ähnliche Bilder von gesteigerter duodenaler Motilität und Nischen können auch durch Entzündungen der Gallenblase und deren Adhäsionen bedingt werden. Eine Zusammenstellung über 302 operierte Fälle illustriert die Therapie M. Operationsmortalität 1,6%. 82% wurden geheilt. M. empfiehlt 1. Bei kleinen, beweglichen Geschwüren der Vorderwand die Längsexcision und quere Naht. 5 Fälle, sämtlich geheilt. 2. Einfaltung der Geschwüre durch Übernähen mit Gastroenterostomia posterior (288 Fälle). Dies die Methode der Wahl, welcher Verf. seine guten Erfolge verdankt. Sie soll mit Sicherheit eine drohende Perforation und weitere Blutung verhindern. Pylorusausschaltung finden wir nicht erwähnt. Excision von Jejunalgeschwüren wurde fünfmal ausgeführt. M. hält alle Fälle von Duodenal- und Magenulcus für sekundär, als Folgeerscheinung irgendeiner Infektion, Embolie oder Toxämie; die Quelle ist vielfach der Wurmfortsatz, welcher womöglich mit entfernt wird. Operationstechnik. Komplikationen und seltenere Operationsmethoden mögen aus der ausführlichen Kasuistik und zahlreichen Abbildungen ersehen werden. *Hotz* (Würzburg).

Chir.Kong. **Küttner, Ulcus duodeni.**

Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen sowie einer Rundfrage an 80 Chirurgen, die 800 Fälle ergibt, bespricht Ref. die wichtigsten Fragen zur Pathologie und Therapie des Ulcus duodeni. Die scheinbaren Widersprüche zwischen den deutschen und angloamerikanischen Zahlen lösen sich bei gebührender Berücksichtigung der Verhältnisse (dort Zusammenströmen der Fälle in wenige Hände, hier Operation nur in vorge-

schrittenen Stadien) restlos auf. Die Vorbedingungen der Entstehung eines akuten Ulcus duodeni: Laparotomie, Appendicitis, septische Infektion usw., zu denen nach den Erfahrungen in seiner Klinik auch die Amputationen hinzukommen, gelten zum Teil auch für das chronische Ulcus, wiewohl hier verschiedene Bedenken stattfinden. Von der Symptomatologie wird seit Moynihan die Anamnese in den Vordergrund gerückt. Der Hungerschmerz, gleichbedeutend mit dem Spätschmerz und dem Nachtschmerz und die Periodizität. Die Schmerzen beruhen auf Pyrolospasmus und sind in ihrer Eigenart nicht streng pathognomonisch. Ulcus ventriculi und Carcinome können sie auch bewirken. Konstanter ist die Periodizität als Ausdruck von Heilungsvorgängen und Rezidiven — daher auch das Fehlen okkulter Blutungen im Intervall. An objektiven Symptomen ist in letzter Zeit einiges ermittelt worden. Die Hyperchlorhydrie ist nicht konstant, auch nicht überwiegend häufig. Achlorhydrie kommt vor. Wichtiger ist die Hypersekretion, auch im nüchternen Magen. Die Motilität zeigt intermittierende Insuffizienzen, transitorische 12 Stunden-Retention (Kämp). Okkultes Blut kann selbst im floriden Stadium fehlen. Der spontane Schmerz wird ins Epigastrium, meistens wenig rechts von der Mittellinie verlegt. Der Druckschmerz sitzt an gleicher Stelle, noch häufiger ist die Empfindlichkeit diffus. Sichtbar und tastbar sind nach der Laparotomie nur die Geschwüre der Vorderwand, daher ist die Eröffnung des Duodenums für den tastenden Finger notwendig (Wilms). Komplikationen sind sehr häufig, so daß Simmonds z. B. das Ulcus duodeni in 70% als Todesursache (Blutung, Perforation) findet, das Ulcus ventriculi dagegen meistens als Nebenbefund. Als Grenze zwischen Magen und Duodenum ist (zwar nicht für wissenschaftliche, aber für praktische Zwecke) die Mayosche Vene ausreichend. Die Unterscheidung des Ulcus pylori vom Ulcus duodeni ist wegen der Verschiedenheit der Prognose von Wichtigkeit. Die Heilungstendenz ist gering, vernarbte Ulcera duodeni sind sehr selten. Die Behandlung muß, so lange die Erfolge der inneren Therapie unsicher bleiben, eine chirurgische sein, und zwar seltener eine direkte, da die Resektion nur bei Geschwüren der Vorderwand möglich ist, dort gefährlich ist und selbst da gegen Rezidiv nicht schützt, als eine indirekte. Von den indirekten Methoden bewirkt die Gastroenterostomie beim Fehlen der Stenosen keine ausreichende Ausschaltung. Daher ist sie durch künstliche Stenosierung zu ergänzen. Die Übernähung des Geschwürs nebst Raffung von Moynihan befriedigt nicht allgemein und zeigt sich im Experiment unzulänglich. Ähnliches gilt von der Fadenumschnürung. Auch die von Tappeiner experimentell geprüfte Wilmssche Fascienstreifenschnürung scheint nicht ganz sicher. Ideal ist die Durchtrennung des Pylorus nach Eiselsberg, doch gibt sie eine Erhöhung der Operationsmortalität um 10% der Operierten und schützt nicht gegen Nachblutung. Sie ist daher nur da auszuführen, wo sie technisch einfach ist. In allen Fällen ist eine systematische Nachbehandlung notwendig. Von den Komplikationen erfordert die Perforation eine Frühbehandlung. Schon nach 48 Stunden ist die Operation aussichtslos. Die Gastroenterostomie ist je nach den Umständen primär oder sekundär anzuschließen. Die Behandlung der Blutung erfolgt nach denselben Prinzipien wie beim Magengeschwür; nur mittelschwere oder rezidivierende leichte Fälle sind zur Operation geeignet. Die Excision des Ulcus verbietet sich meistens durch dessen Sitz an der Hinterwand. Selbstbericht.

Schmieden, Ulcus duodeni. Chir.Kong.

Vortragender hat in Biers Klinik Studien über die Pathogenese des Duodenalgeschwürs gemacht und glaubt, daß hierfür die operative Autopsie verbunden mit der klinischen Beobachtung die besten Aufschlüsse zu geben imstande ist. Er hält den radiologisch so häufig beim Duodenalgeschwür nachweisbaren konstanten Wismutschatten im obersten Teil des Duodenums für einen wichtigen Hinweis auf die Ätiologie des Ulcus duodenale. Das Duodenum

soll den Inhalt sehr rasch passieren lassen, dauernde Anwesenheit sauren Speisebreis führt zu Reizung und Geschwürsbildung an hierfür prädisponierten Stellen. In erster Linie führt die Formveränderung des Magens im Sinne der Ptose zu scharfwinkliger Knickung im Gebiet der Pars superior duodeni und zur Inhaltsretention; andrerseits verhindert diese Knickung den Eintritt der neutralisierenden alkalischen Darmsäfte in den oberen Duodenalteil. Unter diesem Gesichtspunkt erscheint das Duodenalgeschwür indirekt abhängig von der aufrechten Körperhaltung des Menschen. — Auch bei dem 2. Haupttypus der Formveränderung des Magens beim Ulcus duodeni, bei der Rechtsfixation des Pylorus muß diese Lageveränderung der Pylorusgegend nach den Beobachtungen des Vortragenden zunächst nicht als die Folge, sondern als die einleitende, präexistierende Ursache des Duodenalgeschwürs betrachtet werden. Auch hierbei lassen sich abnorme konstante Duodenalfüllungen nachweisen. Es handelt sich dabei um perikolitische und pericholecystitische Verwachsungsstränge, welche die Motilitätsstörung des Pylorusgebiets herbeiführen. Es fehlt in solchen Fällen die peristaltische Selbstreinigung des Duodenums. Ein einmal vorhandenes peptisches Geschwür hält dann später stets saure Inhaltmassen in seiner Tiefe zurück. Bei der Betrachtung dieser Veränderungen ist also bisher Ursache und Wirkung verwechselt worden. Analogien zu dem beschriebenen Entstehungsmodus finden sich reichlich im übrigen Darmkanal. Der Vortragende zweifelt nicht daran, daß bei sorgfältiger Anwendung des Röntgenverfahrens und bei kritischer Beobachtung des operativen Befundes die Operateure bald diese Auffassung bestätigen werden, und erinnert daran, daß auch andere Begleiterscheinungen des Magen- und Duodenalgeschwürs, so die digestive Hypersekretion und Hyperacidität und vor allem auch nach von Bergmanns Ansicht die spastischen Zustände im Geschwürsgebiet nicht mehr allein als ein Symptom der Erkrankung betrachtet werden dürfen, sondern daß sie an ihrer Entstehung ursächlich beteiligt sind. Selbstbericht.

Chir.Kong. **Bier, Ulcus duodeni.**

Er hat das Ulcus duodeni zuerst häufiger, dann auch richtiger diagnostizieren gelernt. Auf okkulte Blutungen legt er großen Wert, fast stets führt er die Gastroenterostomie aus und verschließt den Pylorus nach verschiedenen Methoden, ohne von irgendeiner befriedigt zu sein. Bei einer Relaparotomie nach Verschluß mittels Fascienstreifens sah er perigastritische Schwielen. Gegenwärtig zieht er die Einfaltung nach Moynihan vor. Die Resektion vermeidet er wegen der Schwierigkeit der Stumpfversorgung. *Katzenstein* (Berlin).

Chir.Kong. **Kolb, Unsere Dauerresultate bei der Umschnürung des Pylorus mittels Netz und Fascie.**

An der Heidelberger Klinik haben wir im Laufe der letzten $1^1/_2$ Jahre bei Fällen von Ulcus duodeni, bei blutendem Ulcus ventriculi und bei Duodenalstenose als Ersatz der unilateralen Pylorusausschaltung nach von Eiselsberg eine Umschnürung des Pylorus mit autoplastischem Material (Netz, Fascie) vorgenommen. Wir verfügen im ganzen über 18 Fälle, von denen drei mit Netz, 15 mit Fascie behandelt wurden. Über die 9 ersten Fälle, die 6—13 Monate zurückliegen, soll kurz berichtet werden. Alle 9 Fälle wurden vor kurzer Zeit nachuntersucht. Nach Wismuthaufnahme zeigte es sich, daß der Pylorus in allen Fällen für Speisebrei verschlossen war; der Magen wurde innerhalb einer Stunde durch die Gastroenterostomieöffnung entleert. Die Patienten sahen sehr gut aus, die meisten hatten bedeutende Körpergewichtszunahme zu verzeichnen und fühlten sich wohl. Blutabgang war bei keinem der Patienten mehr nachzuweisen. Zur Technik der Umschnürung des Pylorus nur folgendes: Der zu verwendende Fascienstreifen soll mindestens 3 cm breit sein und nicht einer zu dünnen Fascie entnommen sein. Wir nehmen jetzt nur noch Streifen aus der kärftigen Fascia lata des Oberschenkels. Die Fascienstreifen müssen von anhaftendem Fett und Muskelgewebe sorgfältig befreit sein. Entgegen der Ansicht von Bogoljuboff, der die Umschnürung

möglichst stark ausgeführt wissen will, glauben wir, daß es genügt, wenn der Fascienstreifen so stark angezogen wird, daß das Darmlumen gerade aufgehoben wird. Ein in dieser Spannung an der Serosa durch Seide oder Catgut befestigter Fascienstreifen kann nicht nachgeben, wie unsere sämtlichen nachuntersuchten Fälle bewiesen haben. Auch Parlavecchio empfiehlt bei Vornahme der Pylorusumschnürung mittels einer Schnur nicht zu sehr anzuziehen. Wir befestigen die Fascie so, daß wir nach Umführung der Fascie das eine Ende an der Serosa annähen, dann ziehen wir den Streifen an und befestigen das andere Ende. Um ein Verschieben des Streifens zu verhindern, wird er noch durch einige Knopfnähte an der Serosa befestigt. Geknotet wird die Fascie nicht. Als Idealmethode muß die unilaterale Pylorusausschaltung von Eiselsberg angesehen werden. Die Nachteile derselben (eingreifende und längere Zeit erfordernde Operation) zwingen uns, sich bei sehr elenden und ausgebluteten Kranken nach einer anderen rasch ausführbaren Operation umzusehen. Uns scheint nach unseren bisherigen Erfahrungen, auch die Tierexperimente von Tappeiners sprechen dafür, die autoplastische Fascienumschnürung des Pylorus die Berechtigung in sich zu tragen, die von Eiselbergsche Methode bei solchen Fällen zu verdrängen. In Fällen, in denen keine Fascie zur Verfügung stehen sollte, kann die Umschnürung mittels eines Netzzipfels auf Grund unserer Erfahrungen immerhin angeraten werden. Selbstbericht.

Chir. Kong.

Hofmeister: Die angeblichen Schwierigkeiten der Pylorusausschaltung nach nach v. Eiselsberg fallen fort, wenn man 8 cm oberhalb des Pylorus durchtrennt. Er selbst hat 8 Ausschaltungen, 3 Resektionen und 3 Gastroenterostomien wegen Ulcus duodeni ausgeführt, ohne in dieser Serie einen Todesfall zu zählen.

Katzenstein (Berlin).

Chir. Kong.

Kelling: Die Differentialdiagnose zwischen Ulcus pylori und Ulcus duodeni ist nicht ausführbar, ebensowenig die Abgrenzung gegen Cholecystitis. Gegen Blutungen — er hat zwei Nachblutungen gesehen — empfiehlt er Auflegen von Sandsäcken und Aufblähung des Kolons. *Katzenstein* (Berlin).

Chir. Kong.

Boit: Auch das Symptom der Blutungen ist unsicher. Sie können, wie ein Fall von ihm zeigt, capillaren Ursprungs sein, ohne daß Ulcus da ist. Die Gastroenterostomie gibt selbst da, wo alle klinischen Symptome vorhanden sind, kein besonderes Resultat; er macht daher Probelaparotomien und macht einfach wieder zu, wenn er nicht selbst das Ulcus sieht. *Katzenstein* (Berlin).

Chir. Kong.

Voelcker: Der Circulus vitiosus kommt nach seiner Überzeugung durch kleine technische Fehler zustande. Um ihn zu vermeiden, markiert man sich die Stelle, wo der Magen die Plica duodenojejunalis berührt und legt von da aus die Verbindung steil nach oben an. Nach der Reposition resultiert dann ein völlig ungeknickter Verlauf; wollte man bei dem eventrierten Magen die Verbindung anlegen, so würde man nach der Reposition Abknickungen erhalten. *Katzenstein* (Berlin).

Chir. Kong.

Richter, Zur Resektion des Duodenums und des Pylorus bei Ulcus duodeni.

Chir. Kong.

van den Velden, Pharmakotherapeutisches zur Behandlung des Magen-Duodenalgeschwürs.

Durch intravenöse Injektion von 5 ccm einer 5—10proz. Kochsalzlösung kann man prompt eine Beschleunigung der Blutgerinnung und häufig eine Sistierung von Blutungen erreichen. Die Injektion von Gelatine oder artfremdem Eiweiß vermehrt den Fibrogengehalt des Blutes auf mehrere Tage und ist als Vorbereitung zum Eingriff empfehlenswert. Die Opiate stellen den Magen nicht ruhig, sondern vermehren seinen Tonus und führen bei erkranktem Magen direkt Schmerzen herbei. Will man sie unter diesen Umständen anwenden, so muß man den Vagotonus durch Atropinisierung ausschalten. *Katzenstein* (Berlin).

Batavyal, K. L., A case of hat-pin in the duodenum. (Ein Fall von Hutnadel im Duodenum.) Ind. med. gaz. Bd. 48, Nr. 4, S. 148. 1913.

Wurmfortsatz:

Samoilo, W. A., Die Verschiebung des Arnethschen Blutbildes nach links bei chronischer Appendicitis. (*Sokolnik-Krankenh., Moskau.*) Chirurgia **33**, S. 200—213. 1913. (Russisch.)

Nachdem Verf. die Lehre Arneths über die Leukocytosen mit Verschiebung des Blutbildes nach links bei Appendicitis besprochen, geht er zu seinen eigenen Beobachtungen über, die er in zwei ungleiche Gruppen teilt: in operierte und nichtoperierte Fälle. Die Krankheitsbilder und Befunde werden nach Sonnenburg eingeteilt in: 1. Appendicitis simplex, wo der ganze Prozeß sich im Wurmfortsatz und um ihn herum abspielt; 2. abgegrenzte eitrige Peritonitis oder Absceß nach Perforation der Appendix; 3. Appendicitis mit Perforation in die freie Bauchhöhle ohne Verwachsungen, also allgemeine Peritonitis. In Fällen des Verf. handelte es sich um chronische Appendicitis, sie gehören also in die erste Gruppe, was um so interessanter, da die bisherigen systematischen Blutuntersuchungen bei Appendicitis meistens nur bei akuten Fällen ausgeführt sind (Arneth, Kothe, Federmann, Nomicosa). Im ganzen wurden 50 operierte Fälle untersucht, die Leukocyten wurden in der Thoma - Zeißschen Kammer gezählt, die Blutausstriche wurden nach Giemsa gefärbt. Es folgen 50 kurze Auszüge aus den Krankengeschichten mit Angabe der Leukocytenzahl und der Arnethschen Prozentzahl der mononucleären Leukocyten; letztere stieg je nach den pathologischen Veränderungen von normalen 7% bis zu 30—40%. In 14 Fällen ohne Verwachsungen und mit geringen Veränderungen der Schleimhaut war die Zahl der Mononucleären nicht höher als 20%, gewöhnlich aber 10—14%, mit einer Leukocytose 6—8000. Weiterhin kommen Fälle mit Verwachsungen; hier steigt die Zahl erheblich, in 12 Fällen bis zu 40% bei einer Leukocytose von 15—30 000. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. Bei chronischen Appendicitiden kommt der Blutstatus erst nach recht langer Zeit zur Norm. 2. Auf Grund der Leukocytose und der Arnethschen Prozentzahl kann ein Wurmfortsatz mit oder ohne Verwachsungen erwartet werden. 3. Je höher die Prozentzahl Arneths ist, um so stärkere Verwachsungen und Veränderungen sind zu erwarten, dabei braucht die Leukocytose keine hohe zu sein. 4. In unklaren Fällen kann die Blutuntersuchung ausschlaggebend sein. *Schaack* (St. Petersburg).

Krecke, A., Über chronische Appendicitis. Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 572—577. 1913.

Es sind zwei Arten der chronischen Appendicitis zu unterscheiden, nämlich die anfallsfreie Form und diejenige Form, welche mit einem ausgesprochenen akuten Anfall begonnen hat. Die familiäre Appendicitis wird auf suggestiv-epidemische Einflüsse zurückgeführt. Krecke hat gute definitive Resultate bei der Wurmamputation, doch führt er die 85% mehr oder minder vollkommene Heilungen auf eine suggestive Wirkung der Operation zurück; als feststehend nimmt er an, daß die Entfernung des Wurmes wegen chronischer anfallsfreier Appendicitis in der Mehrzahl der Fälle zur vollkommenen Heilung führt; wenn aber der gute Erfolg ausbleibt, so supponiert er eine Erkrankung des ganzen Dickdarmes. Es schließen sich Betrachtungen über das Coecum mobile an. *Colley* (Insterburg).

Lastotschkin, S., Komplikation einer Appendicitis durch Abscesse in der Leber. (*Landschaftshosp., Wologda.*) Sibirische Ärztezeit. Jg. **6**, H. 13, S. 146—148. 1913. (Russisch.)

Multiple Abscesse der Leber, embolischen Ursprungs, hervorgerufen durch infizierte Thromben des Portalsystems bei gangränöser Appendicitis. Operation am 17. Tage nach der Erkrankung. Exitus letalis. *Koenig* (St. Petersburg.)

Dickdarm und Mastdarm:

Kaplan, Jakow, Colitis ulcerosa, ihre Ätiologie, Diagnose und Therapie. Prag. med. Wochenschr. **38**, S. 127—129. 1913.

Die Colitis ulcerosa beginnt häufig mit einem akuten Stadium, an das sich meistens ein langwieriges, chronisches Stadium anschließt. Als Ursache finden sich katarrhalische,

toxische, traumatische Geschwüre, ferner spezifische Ulcerationen, Typhus, Tuberkulose, Lues, Dysenterie. Sehr häufig ist der Ursprung kryptogenetisch. Magenstörungen, Darmdivertikel speziell im Colon sigmoideum prädisponieren zu Colitis ulcerosa. Leichtere Fälle heilen unter diätetischer, medikamentöser Behandlung aus. Die Pulverbehandlung ist der Spülbehandlung vorzuziehen. Bei sehr schweren Fällen ist unbedingt ein Anus praeternaturalis am Coecum anzulegen, von wo aus Spülungen anfangs mit körperwarmem Wasser, später mit verdünnten Jod- und Protargollösungen erfolgen. *Wortmann* (Berlin).

Bonifield, Charles L., Ileosigmoidostomy for colonic stasis. (Ileosigmoidostomie bei Dickdarmstase.) Americ. journal of obstetr. **67,** S. 338—346. 1913.

In 6 Fällen schwerer Obstipation, die auf Ptose, Dilatation und Trägheit des Dickdarms beruhten und bei denen die interne Therapie keine Besserung brachte, hat Verf. die Ileosigmoidostomie ausgeführt. Das Ileum wurde kurz vor dem Coecum durchtrennt, die Enden wurden blind geschlossen und darauf der orale Ileumteil Seit zu Seit in die Kuppe der Flexura sigmoidea eingepflanzt. Ein Fall starb an Pneumonie, die anderen heilten. Der Dauererfolg war bei allen ein guter. *Hinz* (Berlin).

Deaver, John B., Fecal fistula. (Kotfistel.) Therap. gaz. **37,** S. 153—158. 1913.

Bericht über 100 Fälle von Kotfisteln verschiedener Herkunft, überwiegend (82 Fälle) nach appendicitischem Absceß entstanden. Operativ behandelt wurden 56, davon 30 durch einfache Vernähung der Darmöffnung, 12 durch Vernähung mit Ileocolostomie, 14 durch Resektion. Im Anschluß an die Operation 8 Todesfälle, 11 heilten erst nach einer zweiten Operation. Von den 44 unoperierten Fällen heilten 31 spontan, 6 starben. *Wehl* (Celle).

Humphreys, G. A., The blind external anal fistula. (Die blinde äußere Analfistel.) Internat. journal of surg. **26,** S. 50—53. 1913.

Die meisten äußeren Anal- und Rectalfisteln sind, wie Verf. durch Methylenblauinjektionen nachweisen konnte, komplete Fisteln. Sie sollen daher zur Vermeidung von Rezidiven wie die kompleten Fisteln mit Excision und Spaltung bis ins Rectum hinein behandelt werden. *Hinz* (Berlin).

Asman, Bernard, The treatment of ano-rectal operative wounds. (Die Behandlung der ano-rectalen Operationswunden.) Internat. journal of surg. **26,** S. 48—50. 1913.

Verf. bespricht die Behandlung der Anal- und Sakralfisteln. Nach vorheriger gründlicher Darmentleerung werden die Fistelgänge bis ins Gesunde hinein excidiert. Unter sorgfältiger Tamponade heilen sie dann in 6—10 Wochen. *Hinz* (Berlin).

Guillet, Prolapsus rectal volumineux chez une jeune fille, dû à un gros calcul vésical développé autour d'un corps étranger et guéri par la taille hypogastrique. (Rektalprolaps bei einem jungen Mädchen, verursacht durch einen großen Blasenstein, der sich um einen Fremdkörper entwickelt hat. Heilung durch hypogastrischen Schnitt.) Année méd. de Caen Jg. **38,** Nr. **4,** S. 165—168. 1913.

Humphreys, G. A., The injection treatment of hemorrhoids. (Die Injektionsbehandlung der Hämorrhoiden.) Americ. journal of surg. **27,** S. 96—103. 1913.

Historischer Bericht über die ersten Vorschläge und die bisherige Beurteilung von Carbolinjektionen in Hämorrhoidalknoten. Verf. verwendet zur Injektion, die er seit 15 Jahren ausführt eine 1—40proz. Lösung von Carbolsäure. Die Oberfläche sterilisiert er mit Jodtinktur oder durch einen Tropfen reiner Carbolsäure. Vorbereitung der Patienten durch Abführmittel ist nötig. Behandlung ambulant. Gegenindikation für die Behandlung sind Abschnürung, starke Entzündung, Thrombose der Knoten, Annalfissur und bis zu einem gewissen Grade eine Kombination innerer und äußerer Knoten. In den Tagen der Behandlung Diät. Besonders angezeigt ist die Methode für anämische, tuberkulöse, für Bluter und für Leute, bei denen eine Narkose nicht anwendbar ist. Weniger als 5% Rezidive. Die Methode ist schonender als alle bisherigen, gefahrlos, wenn man nicht mehr als 10 ccm einer 10proz. Lösung verwendet. Thrombose und Infektion nicht zu fürchten. *Carl* (Königsberg).

Leber- und Gallengänge:

Bourguet, M., Sur la topographie des voies biliaires. Étude radiographique. (Über die Topographie der Gallenwege. Radiographische Studie.) (*Laborat. d'anat., Toulouse.*) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. **74,** Nr. 13, S. 731—733. 1913.

Boyd, Sidney, Non-parasitic cysts of the liver. (Die nichtparasitären Cysten der Leber.) Lancet **184**, S. 951—959. 1913.

1. Allgemeine cystische Degeneration, meist mit solcher der Nieren, selten mit solcher des Pankreas, der Lungen, der Milz und des Gehirn kombiniert. Besprechung der pathologischen Anatomie, sowie der Theorien über die Entstehung dieses Leidens unter Bezugnahme auf die Literatur. 2. Solitäre Cysten. Kasuistik über 34 Fälle mit Einschluß eines vom Verf. beobachteten. Besprechung der pathologischen Anatomie, der klinischen Erscheinungen, des Verlaufes, der Prognose und der Behandlung dieser Cysten. *Jurasz* (Leipzig).

Hall, Cuthbert, Two unusual cases of hydatid disease. (Zwei seltene Echinokokkenfälle.) Austral. med. gaz. **33**, S. 171—172. 1913.

1. Fall: 20jähriger Mann wurde das erstemal im Oktober 1905 wegen eines großen Echinococcus im linken Leberlappen mit vielen Tochterblasen operiert. Höhle drainiert schloß sich in 1. Monat. Im August 1908 kam er mit einer Geschwulst unter der Bauchnarbe wieder, die sich als flach orangengroße Hydatide in der Narbe herausstellte. April 1910 3. Operation einer kindskopfgroßen Echinokokkencyste im rechten Leberlappen. — 2. Fall: 2 Echinococcusblasen in der Lunge. Bei Eröffnung der ersten starke Blutung. Verf. rät, mehrere Echinococcuscysten der Lunge in einzelnen Etappen zu eröffnen. *Gelinsky* (Berlin).

Rouget, Abcès amibien du foie traité par la ponction evacuatrice et les injections sous-cutanées d'émétine, guérison. (Leberamöbenabsceß mit Punction und subcutanen Emetininjektionen behandelt. Heilung.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **29**, Nr. 13, S. 809—812. 1913.

De-Francisco, Giacomo, Sopra un caso di resezione totale del lobo sinistro del fegato per sifiloma. (Über einen Fall von vollständiger Resektion des linken Leberlappens wegen eines Syphiloms.) (*Osp. magg. di Lodi.*) Clin. chirurg. Jg. **21**, Nr. 3, S. 573—588. 1913.

37jährige Frau, 7 normale Geburten, nach dem 4. Kinde ein Abort. In der Anamnese keine Zeichen von ererbter oder erworbener Syphilis. Vor 3 Monaten beim Beginn der jetzigen Erkrankung bildeten sich am Hals und in der Achselhöhle einige Drüsen, die erweichten und eine seröse Flüssigkeit absonderten. Pat. bemerkt im Stehen eine gewisse Schmerzhaftigkeit im Epigastrium und fühlt bald auch einen Tumor. Abnahme des Appetits und Abmagerung waren die einzigen Symptome. Bei der Aufnahme in der Klinik finden sich nur die Narben, die von den ulcerierten Drüsen herrühren und in der Oberbauchgegend ein sehr beweglicher Tumor von der Größe einer Apfelsine. Eine sichere Diagnose war nicht zu stellen. Deshalb Laparotomie in der Mittellinie, die einen faustgroßen Tumor zutage fördert, der mit einem Stiele zum linken Leberlappen geht. Der Tumor ist höckerig, weiche und harte Partien wechseln in ihm ab. Im Glauben, eine primäre Lebergeschwulst vor sich zu haben, reseziert Verf. den linken Leberlappen. Die Blutstillung wird durch intrahepatische Nähte nach Pensky ereicht. Durchtrennung des Gewebes mit Galvanokauter. Schließlich Einnähen der Wunde in die Bauchwand. Mikroskopisch konnte es sich nach Ausschluß der Tuberkulose nur um ein Syphilom handeln, denn es bestand eine Perihepatitis, eine Hepatitis intenst. und gummosa. Wassermann war auch positiv. Unter antiluetischer Kur schnelle Heilung. *Brüning* (Gießen).

Chir.Kong. **Kehr, Rückblick auf 2000 Operationen an den Gallenwegen. (Eine Gegenüberstellung der Erfolge des ersten und zweiten Tausend.)**

Die Gesamtsterblichkeit beträgt 16,7%. Wenn man aber die bösartigen Komplikationen nicht mitrechnet (Carcinom, biliäre Cirrhose, septische diffuse Cholangitis), so beträgt die Sterblichkeit 5,4%. Hat man nur die reinen Steinfälle im Auge, so ist die Sterblichkeit noch niedriger und liegt bei 3%. Die Gesamtsterblichkeit des ersten Tausend betrug 16,2%, die des zweiten Tausend 17,2%, die der Berliner Praxis (380 Fälle) 18%. Daß die Mortalität von Jahr zu Jahr gewachsen ist, liegt daran, daß die bösartigen Fälle zugenommen und das Material belastet haben. Beim ersten Tausend lagen 12,9%, beim zweiten Tausend 17,8%, bei den 380 Fällen der Berliner Praxis 20% bösartige Komplikationen vor. Dagegen ist beim zweiten Tausend die Sterblichkeit der reinen Steinfälle etwas niedriger als beim ersten Tausend, und vor allem ist die Sterblichkeit nach der T-Drainage beim zweiten Tausend um 3% zurückgegangen. Sie betrug beim ersten Tausend (202 Fälle) 5%, beim zweiten Tausend (333 Fälle) nur noch 2,1%. Bei den ersten 50 Choledochotomien war die Sterblichkeit 10%. Es entspricht demnach die Gesamtsterblichkeit ungefähr dem Prozentsatz der bösartigen Komplikationen plus 2 bis 3%

Sterblichkeit der reinen Steinfälle. Es gibt, auch wenn wir ohne Handschuhe und Bartbinde operieren, keine operative Peritonitis mehr. Es gibt keine Wundinfektion schwerer Natur mehr, wenn wir den Panniculus adiposus nicht nähen. Zweierlei haben wir aber noch nicht erreicht: 1. eine ungefährliche Narkose und 2. die Verhütung von Blutungen der Ikterischen. Gegen die Blutungsgefahr der Ikterischen gibt es zurzeit nur ein Mittel: die rechtzeitige Operation beim Ikterus.

Katzenstein (Berlin).

Work, James A., Clinical symptoms and diagnosis of gallstones. (Symptome und Diagnose der Gallensteine.) Internat. clin. **23, 1,** S. 18—22. 1913.

Pankreas:

Arnsperger, Zur Entstehung der akuten Pankreatitis. Chir.Kong.

Vortragender berichtet über drei im letzten Jahre operierte Fälle von akuter hämorrhagischer Pankreatitis mit diffuser abdominaler Fettgewebsnekrose, bei denen sich als einziger sonstiger Befund eine ausgesprochene Cholecystitis mit Gallensteinen vorfand, während die tiefen Gallenwege, die Pankreasgänge und das Duodenum völlig frei von Entzündung waren. Auf Grund dieser Fälle hält Vortragender die Entstehung der Pankreatitis auf dem Lymphwege von der entzündlichen Gallenblase aus für möglich, wie er es für die chronische Pankreatitis beschrieben hat (Münch. med. Wochenschr. 1911 Nr. 14). Für diese Annahme würde nach dem Vortragenden auch sprechen, daß derjenige Fall, bei dem die Gallensteine entfernt und die Cholecystitis durch Drainage bekämpft wurden, die Erkrankung zunächst überstand und erst vier Wochen später zu Hause starb, während die beiden anderen Fälle, bei denen nur das Pankreas freigelegt und tamponiert wurde, nach wenigen Tagen zum Exitus kamen. Vortr. empfiehlt daher, zur Klärung des Zusammenhanges bei den Operationen und Obduktionen der akuten Pankreatitis auf den Zustand der Gallenblase zu achten. Selbstbericht.

Körte hat drei Fälle schwerer akuter Pankreatitis in der letzten Zeit gesehen und sie durch breite Drainage sämtlich zur Heilung gebracht. Chir.Kong.

Milz:

Wilson, Louis B., The pathology of splenomegaly: a study of the operative and autopsy material from the Mayo clinic. (Die Pathologie der Splenomegalie; eine Studie des Operations- und Obduktionsmaterials der Mayoschen Klinik). Surg., gynecol. a. obstetr. **16,** S. 240—251. 1913.

28 Fälle, davon 26 Milzen durch Splenektomie, 2 durch Autopsie gewonnen. Gruppe I: 18 Fälle mit positiver klinischer Diagnose auf Anämia splen. Von den 18 operierten Fällen starben 2 bei der Operation, 11 geht es von 6 Monaten bis zu 7 Jahren gut, 2 sind gebessert, 1 starb 3 Jahre post op. mit Symptomen von Cirrhose, von 2 keine Nachricht. Während klinische Symptome einheitlich, sind pathologisch-anatomische Bilder sehr verschieden, so daß Einteilung in folgende Klassen notwendig: a) chronische lymphocyt. Hyperplasie, 2 Fälle. So starke Wucherung der lymphoiden Elemente, daß man in einem Falle die Diagnose auf Lymphom, im anderen auf Lymphosarkom stellte. Beide Pat., vor $5^1/_2$ bzw. 7 Jahren operiert, sind munter und gesund; daher höchst unwahrscheinlich, daß zur Zeit der Operation außerhalb der Milz Neubildung vorhanden. b) primäre Proliferation des Endothels der Milz. (Typ Gaucher). 3 Fälle. 2 von ihnen die größten Milzen, einer 5280, der andere 4500, der dritte nur 895 g. Im 2. dieser Fälle Riesenzellen so zahlreich, daß Verdacht auf Tuberkulose, die aber histologisch und biologisch ausgeschlossen werden konnte. Pat. $2^1/_2$ Jahre post op. noch gesund. Milz des dritten Falles zeigt überall weite mit homogener kolloider Masse gefüllte Räume (venöse Sinus). In einzelnen Sinus Überbleibsel zellulärer Elemente zu erkennen. Wahrscheinlichste Erklärung des pathologischen Prozesses: primäre Endothelwucherung, sekundäre Bindegewebszunahme und schließlich kolloide Endotheldegeneration mit Bindegewebsschrumpfung.

Analogie mit Hyperplasie bei Schilddrüse und namentlich Prostata. Die endothelähnlichen Zellen scheinen eher vom Endothel als vom Reticulum zu stammen. Die Anschauung, daß die endotheliale Proliferation ein wahres malignes Neoplasma ist, hat manchen Arzt von einer Splenektomie abgehalten. Von 9 operierten wurden 4 geheilt, die übrigen 5 waren schon vor der Operation in sehr schlechtem Zustand. c) primäre (chronische) diffuse Hyperplasie der Milz (chronische Splenitis). 13 Fälle. Diffuses Wuchern aller Gewebselemente. Ob Prozeß Resultat lokaler Mikroorganismeninvasion oder lokal angreifenden Toxins, ist unentschieden, letzteres wahrscheinlicher. Gruppe II: Fälle, bei denen die klinische Diagnose schwankte zwischen Anämia splenic. und a) Infektion, b) perniziöser Anämie und c) Lebercirrhose. 4 Fälle operiert mit Splenektomie und ein Autopsiefall. Milzen hier relativ kleiner als in der vorhergehenden Gruppe. Hierunter 2 Fälle, die besser zur atypischen perniziösen Anämie zu zählen sind. Gruppe III: Fälle von Splenektomie aus anderen Gründen als Anämia splenic. 2 Fälle mit klinischer Diagnose: schmerzhafte Wandermilz. In beiden Splenektomie, Heilung, beschwerdefrei. Im 1. Fall Milz normal, im 2. etwas atrophisches Parenchym, sonst normal. In den Schlußfolgerungen wird bemerkt, daß es auf Grund dessen, was wir von Hyperplasien in anderen Organen wissen, unnötig erscheint, die Anwesenheit von 3 verschiedenen Ursachen für die 3 primären histologischen Typen von Anämia splenic. anzunehmen. Das histologische Bild aller 3 Typen von primärer Anämia splenic. scheint in vollständigem Einklang mit der Hypothese von der Anwesenheit eines langsam örtlich wirkenden Toxins zu stehen. Milzen klinisch zweifelhafter Fälle sind von solchen unzweifelhafter Fälle pathologisch-anatomisch bisweilen nicht zu unterscheiden. *Hoffmann* (Greifswald).

Ambrose, Theodore, Splenic anaemia and splenectomy. (Anämia splenica, Splenectomie.) Austral. med. gaz. **33,** S. 173—174. 1913.

Beschreibung zweier Fälle von Bantischer Krankheit. Der erste betraf ein Mädchen von 7 Jahren, seit 5 Jahren krank. Ascites, großer Milztumor, Leber normal. Blutzählung: rote Blutkörperchen 3 500 000, weiße 3300. Blutbild nicht erwähnt. Operation verweigert. Nach 4 Monaten Exitus. Von der Therapie ist zu erwähnen, daß nach Injektionen von Adrenalin in die Bauchhöhle (30 g auf einmal) zwar der Ascites, wie gehofft, nicht schwand, aber die Milz sich erheblich verkleinerte. Autopsie bestätigte Diagnose. — 2. Fall: 26jähriger Mann. seit 5 Monaten krank. Nasenbluten und Darmblutung. Leber- und Milzvergrößerung, Ascites. Blutzahl: 2 600 000 rote, 3100 weiße Blutkörperchen. Nach Entfernung der Milz wurde die Blutzahl normal 5 000 000 : 12 000. Ascites schwand, Lebervergrößerung ging zurück. Verließ nach 6 Wochen das Spital. Milz wog 5 Pfd. *Gelinsky* (Berlin).

Harnorgane:

Chir. Kong. **Graser, Klinische Betrachtungen über Nerveneinflüsse auf die Nierensekretion.**

Er betont, daß trotz aller Fortschritte der höheren Nierendiagnostik ein Bedürfnis bleibt, auch einfachere Hilfsmittel als Diagnose auszubauen. Bei den bekannten Schwierigkeiten der Feststellung, ob eine Reihe von unklaren Beschwerden im Abdomen überhaupt auf die Niere oder ein anderes Organ zu beziehen sind, hat sich ihm ein einfaches Hilfsmittel als wertvoll erwiesen. Bei einer großen Reihe besonders einseitiger Nierenerkrankungen (schwerere Fälle von Wandernieren, Steinerkrankungen, Tumoren, Tuberkulose) hat er gefunden, daß die einzelnen Urinportionen, wie sie von den Patienten gelassen wurden, sehr auffallend regellose Schwankungen im spezifischen Gewicht aufwiesen, die sich nicht nur durch vermehrte Flüssigkeitszufuhr und entsprechende Verdünnungen erklären lassen. Aus Kontrollversuchen hat sich ergeben, daß unter normalen Verhältnissen in der Regel die Schwankungen nicht mehr als 10 Einheiten betrugen und daß Differenzen von 15 Einheiten von der einen Portion zur andern doch immer stutzig machen müssen, ob hier nicht besondere Einwirkungen einer kranken Niere auf die Sekretion stattfinden. Bei einem Fall von einseitiger Nierentuberkulose mit Verschluß des Ureters konnte Graser nachweisen, daß die vorher sehr starke Verschiedenheit in der Konzentration nachher nach der Entfernung der kranken Niere

einer auffallenden Gleichmäßigkeit Platz machte. Er hält daher auch die nächstliegende Erklärung, daß der dünne Urin durch starke Beteiligung der kranken Niere entsteht, für falsch und glaubt vielmehr die merkwürdigen Schwankungen auf fördernde oder hemmende Nerveneinflüsse, die von der kranken Niere auch auf die gesunde einwirken, zurückführen zu müssen. Er bespricht die anatomischen und physiologischen Verhältnisse soweit sie bekannt sind und betont namentlich die Häufigkeit der Reflexe im Experiment und in klinischen Beobachtungen. Man muß sich aber heute noch mit Allgemeinausdrücken von „Nerveneinflüssen", „Schädigung", „Überempfindlichkeit" begnügen, da uns diese Gebiete noch nahezu unzugänglich sind. Zum Schlusse verweist G. auf den Beginn einer exakten Aufklärung, wie dies die Studien eines seiner Schüler eingeleitet haben. Selbstbericht.

Lobenhoffer, Physiologisches über Niereninnervation. Chir. Kong.

Lobenhoffer hebt hervor, wie wenig geklärt bisher noch unsere Kenntnisse von der Abhängigkeit der Niere vom Zentralnervensystem sei. Die bisher gültige Lehrmeinung war, daß die Arbeit der Niere allein geleitet werde von nervösen Reizen, die ihr von Zentren im Hirn oder Rückenmark aus zugeleitet würden durch die vielen Nervenfasern, welche mit den Gefäßen in den Nierenhilus eintreten. Das fast stets beobachtete Aufhören jeder Nierensekretion nach Durchtrennen dieser Nerven einerseits und der Erfolg von Reizungsversuchen an bestimmten Stellen des Zentralnervensystems und den peripheren Stümpfen der Nierennerven andererseits hatten diese Anschauung erweckt und gestützt. In manchen Experimenten schien ihm ein Widerspruch gegen diese Lehre zu liegen; er verfolgte deshalb diese Frage, die ihm vom physiologischen wie vom klinischen Standpunkt aus gleichwichtig erschien, experimentell genau. Die Transplantation mittels Gefäßnaht diente ihm dabei als beste physiologische Arbeitsmethode; die Nieren wurden auf den Milzstiel verpflanzt. Solche Organe sind dann vollkommen aus jedem Nervenzufluß für die Dauer ausgeschieden und andererseits unter Lebens- und Ernährungsbedingungen, die den normalen entsprechen. Die andere Niere wurde entfernt. Schon die bekannte Tatsache, daß Tiere mit solchen Nieren lange am Leben bleiben können — er konnte Hunde $^3/_4$ Jahre und 1 Jahr beobachten — entscheidet eigentlich die Frage. Mit Hilfe histologischer und physiologischer Untersuchungsmethoden suchte L. nach ev. Veränderungen der einzelnen Vorgänge der Nierenarbeit. Das Mikroskop zeigte, daß die Granulierung des Protoplasmas, in der ein Ausdruck der sekretorischen Tätigkeit der Nierenzellen gesehen werden muß, vollkommen den an normalen Nieren gewonnenen Bildern entsprach. Hier war also keine Veränderung durch den Ausfall der Verbindung mit dem Zentralnervensystem zu finden; die sehr empfindlichen Bestandteile des Protoplasmas, die Granula, präsentierten sich in ungestörter Form. Mit Diurese- und Ausscheidungsversuchen bestrebte er sich dann die Tätigkeit tubulären und vasculären Anteiles der Nierensubstanz zu verfolgen: die Wasser- und Kochsalzelimination einerseits und die Ausscheidung körperfremder Substanzen des Indigcarmins, Milchzuckers und Phloridzins andererseits wurden dazu benützt und ergaben ganz den normalen gleichende Ausschläge (Kurven). Auch Überlastungen konnten die transplantierten Organe gut überwältigen. Damit war bewiesen, daß die Niere allein für sich, ohne irgendeinen Nervenzufluß von außen her ihrer physiologischen Aufgabe vorstehen kann, daß sie ein viel selbständigeres Organ ist, als man bisher glaubte. Namentlich die Diurese kann nur durch aktive Tätigkeit der kontraktilen Elemente der Gefäße sich in der normalen Form abspielen, dazu gehören aber unbedingt Nervenreize, diese müssen in der Niere selbst entstehen und können es nur in dem den Anatomen längst bekannten aber von den Physiologen bisher fast nicht beachteten Plexus renalis. Die in den Hilus eintretenden Stämme können nur Bahnen führen mit regulatorischen und centripetal leitenden Einflüssen, keine Bahnen mit sekretorischen Fasern. Weitere Versuche werden es hoffentlich noch möglich machen, diese Einflüsse schärfer abzugrenzen, denn Ausfallerscheinungen müssen sich

doch irgendwo finden lassen. Soviel ist jetzt aber gesichert, daß die Niere ein weitgehendes selbständiges Nervenzentrum in sich selbst trägt, von dem der größte Teil der zur normalen Funktion ihrer beiden Hauptbestandteile, des tubulären und vasculären, notwendigen Nierenimpulse ausgehen. Diese Kenntnis ist sicher wichtig für die Erklärung mancher pathologischer Zustände und klinischer Erscheinungen bei Nierenkranken und mehr als bisher dabei in Rechnung zu ziehen. Selbstbericht.

Chir. Kongr. **Zondek** betrachtet das Herz und das gesamte Gefäßsystem nicht allein in genetischer sondern auch funktioneller Hinsicht als homologe Gebilde und findet darum die sehr nahen Beziehungen zwischen Herz und Niere in gewisser Hinsicht in dem sehr großen Gefäßreichtum der Niere begründet. Aber auch bei bestehendem Herzfehler kann, wie der Vortr. beobachtet hat, nach Nephrektomie das Leben viele Jahre erhalten bleiben. Ferner zeigt Z. an einem Fall von Nephrektomie und schwerer Erkrankung der restierenden Niere, mit wie wenig Nierenparenchym der Organismus auskommen kann. Selbstbericht.

Cabot, Hugh, The diagnosis and indications for operation in early hydronephrosis. (Diagnose und Operationsindikation der beginnenden Hydronephrose.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 16—20. 1913.

Als Hydronephrosen sind nicht nur die großen Nierenbeckensäcke mit erweiterten Kelchen und verdünnter Rinde anzusehen, sondern schon jede kleinste Erweiterung des Nierenbeckens. Kämen alle Hydronephrosen schon in diesem Stadium zur Behandlung, so würde die Nephrektomie bei diesem Leiden zur Seltenheit werden. Die Diagnose des Leidens hat durch neuere Untersuchungsmethoden der letzten Jahre große Fortschritte gemacht, dennoch ist die Trennung der Frühsymptome gegenüber denen anderer Erkrankungen besonders im rechten oberen Quadranten des Leibes nicht leicht. Ursachen der Hydronephrose sind in Momenten zu suchen, die den Ureter verlegen. Von diesen stehen obenan: 1. Beweglichkeit der Niere ohne entsprechend gleiche des oberen Ureterabschnittes. Es ist wunderbar, wie der Ureter ohne Abknickung großen Bewegungen der Niere folgen kann. 2. Abnorme Nierengefäße, die in ca. 25% aller Fälle vorkommen, können bei Kreuzung mit dem Nierenbecken zu Verlegung führen. Symptome der beginnenden Hydronephrose können auftreten unter dem Bilde: 1. von Steinsymptomen: plötzlichen Schmerzattacken, Ausstrahlung auf Ureter, Erbrechen, Urin mit Blut- und Eiweißspuren; 2. von Steinsymptomen ohne Urinbefund; 3. von Symptomen akuter Niereninfektion, mit Blut und Eiter im Urin, ohne Bacillenbefunde. Die Diagnose muß den Nachweis der Verlegung und des Auftretens der Schmerzattacken durch die Dehnung des Beckens erbringen. Steine, Infektionen, besonders Tuberkelbacillen müssen ausgeschlossen werden. Urinuntersuchung, Cystoskop, Uretersonde, Röntgenstrahlen allein, geben für die vorliegenden Fälle nur unzureichenden Aufschluß. Nur die Pyelographie leistet hier Sicheres. Rekapitulation der Methode, ihrer Förderer, ihrer Erfolge und Leistungsfähigkeit an einzelnen Fällen. (6 Röntgenbilder.) Nierenbecken, die mehr als 30 ccm fassen, sind als erweitert zu betrachten. Die Indikationen zur Operation sind mit dem sicheren Nachweis der Ureterverlegung und der Beckenerweiterung gegeben. Die Eingriffe bestanden bei 7 in Krankengeschichten angeführten Fällen in Lösungen abnormer Ureterverwachsungen, Beseitigung von Knickungen und Fixationen beweglicher Nieren. Die Resultate waren gut. *Hoffmann* (Dresden).

Smith, Richard M., Recent contributions to the study of pyelitis in infancy. (Neue Beiträge zum Studium der Pyelitis bei Kindern.) Americ. journal of dis. of children **5**, S. 273—278. 1913.

Smith nennt die Pyelitis bei Kindern eine sehr häufige Erkrankung. Neben den bekannten Symptomen kommen in manchen Fällen nervöse Symptome vor, welche eine Meningitis vortäuschen können. Gelenkaffektionen — Schmerzen und ent-

zündliche Schwellung —, Herpes labialis und Vulvitis kommen nur dann und wann zur Beobachtung. Im Harn finden sich viel Bakterien und Leukocyten, mäßig viel Eiweiß, bei Mitbeteiligung des Nierenparenchyms auch Zylinder. In 121 Fällen war 67 mal das Bacterium coli die Krankheitsursache. Die Prognose stellt S. im allgemeinen günstig. Gewöhnlich ist die Erkrankung nach einigen Wochen vorüber. In einem Fall dauerte die chronisch gewordene Pyelitis vom 2. bis zum 12. Lebensjahr einer Patientin. Pathologisch-anatomisch wird zwischen 2 Formen unterschieden: einer leichten katarrhalischen und einer schweren, bei der es zu multiplen Abscessen in der Nierenrinde und zu starken Pyurien kommen kann. Hinsichtlich der Frage nach der Ätiologie zitiert S. die Anschauungen verschiedener Autoren. Gleichzeitig bestehende Tuberkulose, gastro-intestinale Störungen und naso-pharyngeale Affektionen werden besonders angeführt. Die Krankheitserreger vermögen auf 3 Wegen zur Niere zu gelangen: ascendierend nach Verunreinigung der Urethra, durch den Blutstrom und durch direkte Überwanderung aus dem Darm, möglicherweise unter Benützung einer das Coecum und Colon ascendens mit der rechten Niere verbindenden Lymphbahn. Was die Behandlung betrifft, so hält Box den alkalischen Harn für das beste Mittel die Kolibacillen abzuschwächen und die Phagocytose zu fördern. Im Gegensatz dazu hält Betz den konzentrierten stark saueren Harn für einen schlechten Nährboden. Innerlich werden Ammonium- und Sodiumbenzoate, Kalomel, Santalöl, Urotropin und Hexamethylenamin empfohlen. Der Vaccine- und Serumbehandlung legt S. nicht viel Wert bei. Bei bestehenden gastro-intestinalen Affektionen empfiehlt es sich, auf ausgiebige Darmentleerung zu sehen. In manchen Fällen hat sich die Entfernung des Wurmfortsatzes als vorteilhaft erwiesen. *Saxinger* (München).

Voelcker, Demonstration von Pyelographien. Chir. Kong.

Die Ureteren werden durch schattengebende Katheter markiert. Das Nierenbecken in einzelnen Fällen durch Aufrollung des Katheters, in anderen durch Kollargolinjektion. Interessant sind zwei Fälle von Insuffizienz des Ureterverschlusses, von denen der eine mit Verdoppelung des einen Ureters. Bei Verschluß der Harnröhren und Aufforderung, Harn zu lassen, injizieren diese Kranken selbst von der Blase aus Ureteren und Nierenbecken, so daß die kongenitale Erweiterung des ganzen Harnapparates sichtbar wird. *Katzenstein* (Berlin).

Lapeyre, N., La fonction rénale après la décapsulation du rein. (Die Nierenfunktion nach der Dekapsulation.) (*Laborat. de physiol. de la fac. de méd., Montpellier.*) Journal de physiol. et de pathol. gén. **15**, S. 241—252. 1913.

Um zu prüfen, inwieweit die sekretorische Funktion der Niere durch ihre Dekapsulation gestört wird, stellte Lapeyre an Hunden Experimente in der Weise an, daß er eine Niere dekapsulierte, dann durch eine Laparotomiewunde Katheter in die Ureteren einführte und das Ausscheidungsvermögen der beiden Nieren nach der subcutanen Einspritzung von Fluorescin, Kaliumferrocyanür und nach der intravenösen Infusion von hypertonischer Glucose- und Kochsalzlösungen und massiger intravenöser Uratinfusion miteinander verglich. Bei diesen Versuchen stellte L. fest, daß die Dekapsulation einer gesunden Niere beim Hunde deren Ausscheidungsvermögen für Salze weder schädigt noch bessert und kommt zum Schlusse, daß die Dekapsulation beim Menschen anzuwenden sei, weil diese Operation bei Krankheitszuständen der Nieren schon schöne Erfolge gezeitigt habe und die Nierenfunktion nicht störe. *Leuenberger* (Basel).

Kümmell, Das spätere Schicksal der Nephrektomierten. Chir. Kong.

Mitteilung der Späterfolge seines eigenen unter einheitlichen Gesichtspunkten behandelten Krankenmaterials. Im ganzen wurden 782 Nierenoperationen ausgeführt; davon 70 Nephropexien, 51 Dekapsulationen, 7 Resektionen, 238 Nephrotomien, 386 Nephrektomien und etwa 30 andere Operationen. Die Tuberkulose der Nieren bildet gerade in bezug auf das endgültige Schicksal der Operierten ein sehr interessantes

Gebiet. Bei 150 wegen Nierentuberkulose Operierten lagen fünf doppelseitige Erkrankungen vor, infolgedessen nur die Nephrotomie ausgeführt werden konnte. Von den 145 Nephrektomierten starben 30 innerhalb der ersten 6 Monate nach der Operation. Von den überlebenden 115 starb ein Fall nach einem Jahr, einer nach $1^1/_2$ Jahren, vier nach 2 Jahren, einer nach 3 und sieben nach 4—5 Jahren, meist an Tuberkulose der anderen Niere oder allgemeiner Tuberkulose. Eine Dauerheilung von 2—25 Jahren weisen 75—80% der Operierten auf. Die wegen einer Geschwulst Nephrektomierten geben bezüglich der Dauerheilung keine so günstigen Resultate. Die Prognose ist eine günstigere, wenn die Kapsel noch nicht durchbrochen ist. Wegen bösartiger Geschwülste wurden 58 Patienten operiert, es starben im Laufe der ersten 6 Monate 19, von den 39 restierenden wurden vier nicht eruiert. 2 und 3 Jahre nach der Operation waren noch zehn ohne Rezidiv; zwölf Patienten zwischen 4 und 15 Jahren. Sechs Patienten waren noch in Behandlung. Es geht demnach ein großer Teil der Operierten bei fortgeschrittenem Tumor innerhalb des ersten Jahres an Rezidiv zugrunde, nach vierjähriger Rezidivfreiheit kann man von einer Dauerheilung sprechen. Das spätere Schicksal der wegen Hydronephrose (35 Fälle) und der wegen Pyonephrose (118 Fälle) Operierten ist ein gutes, vorausgesetzt, daß die andere Niere gesund ist. Dagegen gehen die wegen Nephritis Nephrektomierten einer ungünstigen Zukunft entgegen. Nicht absolut infaust ist die Prognose bei den Fällen, bei denen zur Zeit der einen Niere auch die andere erkrankt ist. Es bessern sich die Erscheinungen bei der leicht erkrankten Niere zuweilen, nachdem das schwer infizierte Schwesterorgan entfernt ist. Individuen mit einer Niere sind gegen bestimmte Gifte empfindlicher, deshalb ist bei Operationen solcher Patienten Äther zu verwenden. Vortr. hat auch die Schwangerschaft bei Einnierigen studiert und 17 Graviditäten zusammenstellen können. Mit Ausnahme eines Falles, bei dem eine Nephritis auftrat, verlief die Entbindung ebenso normal und ungestört wie bei normalen Frauen. Kongenitale Defekte einer Niere sowie Hufeisennieren hat Vortr. sechs bzw. vier beobachtet. Wird, wie Vortr. beobachtete, bei einem solchen Menschen die einzige Niere durch ein Trauma schwer zertrümmert oder durch Stein u. dgl. obturiert, so ist die Prognose sehr ungünstig. Wenn auch Patienten mit einer Niere als militäruntauglich gelten, so hat Vortr. eine Erfahrung von der großen Leistungsfähigkeit eines Offiziers, dem eine Niere entfernt war, beobachten können. Er ist auch dafür, Frauen mit einer Niere die Heiratserlaubnis zu geben oder Individuen die Aufnahme in eine Lebensversicherung nicht zu verweigern, wenn vier Jahre seit der Operation vergangen sind. *Katzenstein.*

Chir.Kong.

Tietze, Schicksal der Nephrektomierten.

Vortr. betont, daß nach Nephrektomie weiblicher Personen möglichst die Gravidität zu vermeiden sei, da er die Schädigung der Niere durch Ureterkompression auf Grund von experimentellen Untersuchungen befürchtet. *Katzenstein* (Berlin).

Chir.Kong.

Baetzner, Schicksal der Nephrektomierten.

An der Chir. Univ.-Klin. des Herrn Geh.-Rat Bier konnte er aus den Jahren 1901 bis 1912 im ganzen 102 Nephrektomien zusammenstellen. Davon entfallen 16 auf die Jahrgänge 1901—1907, 86 auf die Jahrgänge 1907—1912. 9 Patienten sind in direktem Anschluß an die Operation gestorben. — Von den übrigen 93 Einnierigen kann er zurzeit über 91 berichten. 28 sind an interkurrenten Krankheiten gestorben, 3 an Urämie. Hiervon $1^1/_2$ nach Nephrektomie wegen Hydronephrose. Der Patient hatte auch einen inkompensierten Herzklappenfehler. Die beiden anderen 1 resp. 2 J. nach der Neprhektomie einer Pyonephrose infolge sekundärer aufsteigender eitriger Nephritis des Ges.-S. Es leben somit von 100 Nephrektomierten zurzeit 60. Die ungünstigsten Verhältnisse zeigen die Tumoren. Alle 18 übrigen Fälle sind gestorben an lokalem Rezidiv oder an Metastasen. Es handelt sich ausschließlich um schwere, weit

vorgeschrittene analysierte Fälle. Sehr günstige Resultate ergeben die übrigen Erkrankungen; im besonderen die einseitigen Nierenerkrankungen, die Hydronephrosen und die akuten Niereneiterungen, die mit ganz wenigen Ausnahmen alle leben. — Sehr ermutigend sind die Dauerresultate bei der Tuberkulose: Von 27 leben 20. 6 sind an allgemeiner Tuberkulose, 1 an Miliartuberkulose gestorben. 14 sind klinisch vollkommen gesund und arbeitsfähig, 6 haben cystitische Beschwerden. Auch hier handelt es sich ausschließlich um schwerste Formen, nur 2 Frühfälle sind dabei. Die statistischen Erhebungen unserer Klinik, auf deren Einzelheiten er nicht eingehen kann, haben gezeigt, daß wir mit unseren modernen funktionellen Untersuchungsmethoden sowohl bezüglich der Diagnose wie der operativen Indikationsstellung der chirurgischen Nierenerkrankungen mit jedem Jahr wesentliche Fortschritte gemacht haben.

Selbstbericht.

Voelcker tritt ebenfalls energisch für die operative Behandlung der Nierentuberkulose ein. Denn wenn auch die Herde oft nur klein seien, so sei eine Heilung eines circumscripten Knotens kaum möglich und führe allmählich im Laufe von Jahren zur käsigen Einschmelzung der gesamten Niere. Nur ausnahmsweise sollte man unter dem Drucke äußerer Verhältnisse konservativ verfahren, dann aber stets nur unter genauer Berücksichtigung der Funktion der erkrankten Niere. *Katzenstein* (Berlin). Chir. Kong.

Rocher, H.-L., et Jean Ferron, Tuberculose rénale chez l'enfant, cathétérisme à vision directe (sept observations). (Nierentuberkulose beim Kind.) Journal d'urol. méd. et chirurg. **30,** S. 153—160. 1913.

Ureterenkatheterismus mit direkter Blasenbetrachtung (7 Fälle). Beim Mädchen ist die direkte Blasenuntersuchung nach Einführung eines dilatierenden Tubus in die Harnröhre leicht ausführbar (am besten in Beckenhochlagerung unter Allgemeinnarkose). Mit Leichtigkeit gelingt es auch, Sonden Nr. 6 oder 7 zu diagnostischen Zwecken in die Ureteren einzuführen. *Frangenheim* (Leipzig).

Kelly, Howard A., and Robert M. Lewis, Skiagraphic demonstration of vesical tumors. (Skiagraphische Darstellung von Blasentumoren.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16,** S. 308—312. 1913.

Da die Blase und die in ihr liegenden Tumoren keinen Eigenschatten bei Röntgenuntersuchungen geben, und da auch bei Lufteinblasung der Tumor, der meist gleiche Strahlendurchlässigkeit hat, wie normales Gewebe, sich nicht heraushebt, so muß man zur Darstellung der Blasentumoren im Bild ein Kontrastmittel einführen. In einem Falle wurde eine Suspension von Bismut. subnitricum in Traganthgummi und Wasser in die Blase gefüllt. Das Röntgenbild zeigt in vorzüglicher Weise den mehrfach gelappten papillomatösen Tumor, umgeben von einer Zone reiner Wismutfüllung, über die sich anscheinend noch eine Luftschicht gelagert hat. Im 2. Falle wurde die Blase mit 40 ccm einer 5proz. Silberjodidlösung gefüllt, und dazu noch Luft eingeblasen. Das Bild zeigt wieder den diesmal mehr soliden, scharf umrissenen Tumor, dessen schmaler Stiel deutlich an der unteren Blasenwand ansetzt: um den Tumor die Zone des Silberjodids, darum die Luft, die Konturen der Blase ausfüllend. Der Tumor dieses 2. Falles wurde mit Hochfrequenzströmen in 2 Sitzungen entfernt. Verff. erwarten sich von der skiagraphisch-diagnostischen Anwendung des Silberjodids, das sie z. Z. eingehend erproben, einen guten Fortschritt für die Kysto-pyelographie. Um den Patienten bei diesen sonst harmlosen und schnell auszuführenden Blasenuntersuchungen alle Schmerzen zu ersparen, empfiehlt es sich, eine 4proz. Novocainlösung zuvor in die Blase einzuspritzen. (2 Röntgenbilder.)

Hoffmann (Dresden).

Riedel, Über angeborene Harnröhrenstrikturen. Chir. Kong.

19 Fälle angeborener Harnröhrenstriktur hat Riedel beobachtet; sie bestanden teils seit früher Jugend, teils machten sie erst spätere Erscheinungen. Unbehandelt ergeben diese Fälle eine ungünstige Prognose. Und sie bleiben unbehandelt, weil sie

vielfach nicht erkannt werden, weil sich die Patienten an ihren Zustand gewöhnen. Es tritt danach sehr häufig Phlegmone und Eiterung ein, 10% der Fälle ging an Pyelitis, Stein und ein Fall an Carcinom zugrunde. Die Behandlung besteht im Anfangsstadium in Dehnung, bei den fortgeschritteneren ist Excision und gegebenenfalls ist die Transplantation des Appendix erforderlich. *Katzenstein* (Berlin).

Chir.Kong. **Frank** hat zwei Fälle von kongenitaler Harnröhrenstriktur beobachtet. In beiden Fällen bestand Inkontinenz. Sie wurden beide durch innere Urethrotomie geheilt.

Chir.Kong. **Eugen Joseph, Primäre Heilung ausgedehnter Urethralresektionen.**

Joseph fordert für die Resektion der strikturierten Harnröhre die Herstellung einer Urethra von normaler Weite ganz besonders dann, wenn die Resektion nicht aus absoluter Indikation wegen Ruptur, Fistel- oder Tumorbildung, sondern aus relativer Indikation, um bei der immer wieder zur Striktur rezidivierenden Urethra den Patienten endgültig von Dilatator und Bougie zu befreien, ausgeführt wird. Die plastischen Operationen, welche zur Deckung des durch die Resektion der callösen Urethra entstandenen Defektes sich der Vena saphena, der Appendix oder des Ureters bedienen, erreichen dieses Ziel nur ausnahmsweise und können einer dilatierenden Nachbehandlung nicht entbehren. Dagegen läßt sich mit Hilfe der Marionschen Modifikation der Beck-Hackerschen Methode die Urethra in großer Ausdehnung resezieren und zu einer Harnröhre von normaler Weite wieder vereinigen, welche nach der Operation einer Nachbehandlung nicht mehr bedarf. Nach Excision des narbigen Teils der Urethra wird die Harnröhre nach vorn und hinten ausgiebig mobilisiert durch Präparation aus den Corpora cavernosa penis. Selbst Defekte von 7—8 cm lassen sich dadurch überbrücken und ohne Spannung durch exakte Naht decken. Wichtig ist, daß man nach Rekonstruktion der Harnröhre dem Rate Marions folgend den gesamten Urin durch eine suprapubische Drainage für ca. 12 Tage ableitet. Dadurch wird der sonst in der Nachbehandlung übliche Dauerkatheter überflüssig und die primäre Heilung der Urethernaht garantiert, während unter dem Einfluß des reizenden Dauerkatheters leicht eine Dehiscenz der Naht und damit erneute Narbenbildung und Strikturierung entstehen kann. Nach 12 Tagen wird die Blasendrainage entfernt. Nunmehr fängt der Patient sehr bald durch die jetzt normal weite Harnröhre zu urinieren an. Die Blasenwunde schließt sich in kurzer Zeit. Der Patient bedarf keiner Nachbehandlung mehr und ist von Dilatator und Bougie endgültig befreit. Selbstbericht.

Chir.Kong. **Goldmann** hat die nämliche Operation schon vor vielen Jahren ausgeführt und beschrieben.

Chir.Kong. **Garrè** macht darauf aufmerksam, daß Socin schon in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts die nämliche Operation vielfach ausgeführt hat und daß das Verfahren genauestens beschrieben ist.

Kljutscharew, S., Zur Frage der Plastik der männlichen Harnröhre. Chirurgia **33**, S. 45—51. 1913. (Russisch.)

Plastische Eingriffe zur Deckung von Harnröhrendefekten werden notwendig, wenn es nicht mehr gelingt, die mobilisierten Teile zu vereinigen. Dieses ist meistens der Fall, wenn die Defekte 5 cm übersteigen. Die zur Plastik vorgeschlagenen Methoden teilt Verf. in zwei Gruppen, in die eine gehören die Verfahren, bei welchen der Defekt durch ein fertiges, plastisch entnommenes Rohr ersetzt wird. Hierher gehören die Versuche, die Harnröhre durch den Wurmfortsatz zu ersetzen (Lexer), durch ein Ureterstück (Schmieden), oder auch durch ein Stück Vene (Becker und Stettiner). Praktisch wichtiger ist die andere Gruppe der Methoden, wo die Röhre aus dem plastischen Material erst gebildet wird (Haut, Schleimhäute, Fascie). In seinem Falle wandte der Verf. die Methode von Duplay an, bei welcher zweizeitig ein Hautrohr gebildet wird. Es handelte sich um eine verhältnismäßig seltene Schußverletzung der Harnröhre.

Der 18j. Pat. bekam aus Unvorsichtigkeit einen Flintenschuß in die Scrotal- und Perinealgegend. Nach längerem Wundverlauf und Entfernung eines Testis blieb schließlich ein Harnröhrendefekt von 7 cm bestehen. Es wurde aus der Scrotalhaut nach Duplay nun ein Kanal gebildet, welcher ein Bougie Nr. 25 nach Charrière durchließ. Die in erster Zeit bestehenden 2 Urinfisteln wurden durch einige Nachoperationen geschlossen. Nach $3^1/_2$ Monaten nach Schluß der Fisteln freies schmerzloses Urinieren, die neugebildete Harnröhre für Nr. 21 bequem durchgängig. *Schaack* (St. Petersburg).

Mühsam, Ersatz eines Harnröhrendefektes durch die Vena Saphena. Chir.Kong.

Der vom Vortr. mitgeteilte Fall wurde am 8. September 1911 wegen einer impermeablen Harnröhrenstriktur operiert. Die Strikturen bestanden seit 26 Jahren. Bei seiner Aufnahme ins Krankenhaus war 36stündige Urinverhaltung vorhanden. Bougieren und Katheterisieren erwies sich als unmöglich. Es wurde daher die Blase oberhalb der Symphyse eröffnet und der retrograde Katheterismus versucht. Er mißlang, da die Spitze des Katheters im Damm stecken blieb. Nunmehr wurde von Orificium urethrae ein Katheter eingeführt und auf eine von einem früheren Urethrotomie externa herrührende Narbe eingeschnitten. Die beiden Katheter dienten als Leitsonden und auf ihnen wurde oberhalb und unterhalb der Striktur die Harnröhre eröffnet. Die zwischen ihnen liegende narbige Striktur wurde exstirpiert, der Defekt betrug 6 cm. Die Harnröhre wurde nach beiden Richtungen hin nunmehr mobilisiert. Es gelang aber nicht, sie so weit freizumachen, daß eine Naht möglich gewesen wäre. Um den Defekt auszufüllen, wurde die Vena saphena rechts freigelegt und ein 8 cm langes Stück derselben entfernt. Ein ganz feiner Gummikatheter wurde durch den Ureter eingeführt. Als er zur Dammwunde herauskam, wurde das Venenstück darüber geführt und der Katheter durch den zentralen Harnröhrenstumpf in die Blase geführt. Die Vene wurde dann nach beiden Enden hin nach Carrel-Stich vereinigt, die Wunde durch Naht ganz geschlossen. In die Blase kam ein Katheter, und die Wunde um ihn herum wurde verkleinert. Der Katheter blieb bis zum 3. Oktober, also $3^1/_2$ Wochen, liegen. Nach seiner Entfernung ließ Patient spontan Urin durch die Harnröhre. Bei später vorgenommenem Bougieren zeigte es sich, daß an den Nahtstellen der Harnröhre mit der Vene 2 derbere Stellen vorhanden sind. Eine regelmäßige Bougiebehandlung hat seit über einem Jahre nicht mehr stattgefunden. Trotzdem sind sämtliche Funktionen, auch die sexuellen, vollkommen in Ordnung. Patient läßt in gutem Strahl Urin. Das Bougieren ist nicht ganz leicht, gelingt aber mit einem Timann-Katheter. Da seit einem Jahre jetzt keine Veränderungen im Befunde zu verzeichnen sind, so kann der Patient wohl als dauernd geheilt betrachtet werden und in geeigneten Fällen die Verwendung eines Venenstückes zum Ersatz von Harnröhrendefekten auch mit Rücksicht auf das Dauerresultat empfohlen werden. Selbstbericht.

Männliche Geschlechtsorgane:

Englisch, Josef, Diagnostische Winke bei der Untersuchung Prostatakranker. Allg. Wien. med. Zeit. 58, S. 139—140 u. 151—152. 1913.

Aufzählung der verschiedenen Möglichkeiten bei der Prostatahypertrophie je nach der verschiedenen Beteiligung der einzelnen Lappen und der abnormen Entwicklung der Schleimhautfalten. Es wird angegeben, wie in jedem einzelnen Falle die Pars prostatica urethrae nach Form und Verlauf beschaffen ist, und bei welcher Form und Führungsart ein Instrument am leichtesten in die Blase gelangt. Besonders berücksichtigt sind die verschiedenen Schleimhautfalten an der Mündung der Harnröhre in die Blase. Die zahlreichen Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. *Magenau* (Stuttgart).

Fischel, L., Jodipin per clysma bei Prostatitis. Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 651. 1913.

Verf. wendet seit Jahren bei der gonorrhoischen Prostatitis Jodipinklysmata an und hat davon sowohl in akuten wie verschleppten Fällen gute Resultate gesehen, so daß er seine Methode zur Nachprüfung empfiehlt. Je nach Schwere des Falls werden täglich oder einen um den andern Tag Klistiere von 10 g einer Mischung von 1 Teil einer 95proz. Jodipinlösung mit 2 Teilen Oleum olivarum appliziert. *Dencks* (Neukölln).

Guépin, A., Prostatectomie précoce ou traitement conservateur dans l'hypertrophie sénile de la prostate. (Frühzeitige Prostatektomie oder konservierende Behandlung bei der Altershypertrophie der Prostata?) Rev. prat. des mal. des org. génito-urin. Jg. **10**, Nr. 56, S. 104—108. 1913.

Gegenüber der modernen Tendenz frühzeitiger radikaler Operation der Prostatahypertrophie in den beiden ersteren Stadien des Leidens, d. h. sobald die nächtlichen Miktionen häufig und die Blasenentleerung unvollkommen geworden ist, betont Guépin die guten Erfolge einer logisch durchgeführten konservativen Behandlung. Durch diese wird erreicht, daß der Prostatiker in einigen Tagen spontan urinieren

und in einigen Wochen die Blase vollkommen entleeren kann, so daß weitere ärztliche Maßnahmen überflüssig werden. Er gibt zu, daß die konservative Methode manchmal nicht zum Ziele führe, dann aber schaffe sie durch Beseitigung entzündlicher Prozesse der Drüse und durch Besserung bestehender Cystitis so gute lokale Bedingungen, daß die nicht zu umgehende Prostatektomie ihre Gefahren verliert.

An einer ausführlichen Krankengeschichte zeigt G. wie es ihm gelingt, bei einem Falle kompletter Retention durch systematisch durchgeführtem Katheterismus, Blasenspülungen zunächst mit Borwasser, dann mit Ag-Lösung 1 : 1000 und Massage der Prostata den Kranken soweit zu bringen, daß er nach 10 Tagen $^1/_3$ des Gesamtharns, nach 16 Tagen den gesamten Urin spontan entleert. Nach 4 Monaten kein Rückfall; der Harn blieb klar, die Miktionen waren selten, nachts nur einmal. Die Prostata hatte sich erheblich verkleinert, das exprimierte Sekret war nicht mehr entzündlich, sondern von normaler Beschaffenheit. *Janssen* (Düsseldorf).

Freyer, P. J., A series of 236 cases of total enucleation of the prostate performed during the two years 1911—12. (236 Fälle von totaler Prostatektomie während der beiden Jahre 1911/12.) Lancet Bd. **184**, Nr. 15, S. 1018—1021. 1913.

Im Anschluß an die 1911 publizierten 800 ersten Fälle von Prostatektomie teilt Freyer hier eine Reihe von 236 weiteren der beiden letzten Jahre mit unter Beifügung von 11 besonders interessanten und lehrreichen Krankengeschichten. Darunter befindet sich eine Prostata von Kindskopfgröße. Auch bei sehr dicken Patienten gelingt F. die Operation immer leicht von vorne. Im großen ganzen ist F. bei seiner Indikationsstellung geblieben, auch Nierenstörungen gelten ihm nicht als Kontraindikation. Im ganzen liegen jetzt 1036 Operationen vor mit 57 Todesfällen = $5^1/_2$%; davon entfallen auf die letzten 100 Operationen nur $4^1/_2$%. In allen Todesfällen kann nur die Hälfte etwa in direkten Zusammenhang mit der Operation gebracht werden. In 190 Fällen lag Komplikation mit Blasensteinen vor, die verhältnismäßig schlechtere Resultate geben: 8,42% Todesfälle. *Draudt* (Darmstadt).

Chir.Kong.

Voelcker, Operation an den Samenblasen.

Vortr. hat mittels seiner Operationsmethode mehrfach Gelegenheit gehabt, Operationen an den Samenblasen vorzunehmen. Im ersten Fall handelt es sich um ein Carcinom, das entfernt wurde, jedoch ohne daß eine Dauerheilung eintrat. Beim zweiten Fall wurden die in dicke Schwarten eingehüllten Samenblasen entfernt, weil sie zu Ureterkoliken Veranlassung gegeben hatten. Die Exstirpation brachte Heilung. In drei weiteren Fällen wurden die Samenblasen entfernt, weil sie Veranlassung gegeben hatten zur Entstehung eines chronischen Gelenkrheumatismus. Einmal wurden als Erreger dieser Samenblaseneiterungen Gonokokken, einmal Pneumokokken festgestellt. Nach Exstirpation der erkrankten Organe trat eine wesentliche Besserung bzw. Heilung des Gelenkrheumatismus ein. *Katzenstein* (Berlin).

Edmunds, Arthur, An operation for hypospadias. (Eine neue Operation der Hypospadie.) Lancet **184**, S. 447—449. 1913.

Zur Aufrichtung des Penis werden Lappen aus dem schürzenförmigen Präputium gebildet, die an der Unterseite des Penis nach Umschneidung des offenen Urethralkanals miteinander vereinigt werden. Die Bildung der Urethra erfolgt 3 Monate später ähnlich dem Vorgehen Duplays. 12 Abbildungen, 5 Fälle. *Kindl* (Prag).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Loewenstein, E., Zur Kasuistik der Hemmungsmißbildungen an der oberen und unteren Extremität. (*Städt. Wenzel Hancke-Krankenh., Breslau.*) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. **31**, H. 3/4, S. 424—442. 1913.

In dem mitgeteilten Fall fanden sich folgende seltene, auf endogener Grundlage beruhende, symmetrische Hemmungsbildungen. Fehlen eines Fingers, bedingt durch totale knöcherne Synostosis des Ring- und Mittelfingers bei richtiger Ausbildung aller 5 Metakarpalknochen; Brachyphalangie des kleinen und Zeigefingers sowie der Zehen mit sekundären Deviationen der Phalangen und Veränderungen ihrer Knochenstruktur, ferner Schwimmhautbildung, Madelungsche Deformität und Schädelasymmetrie. Außerdem werden die Röntgenbefunde zweier Fälle von symmetrischem Digitus varus besprochen. *Peltesohn* (Berlin).

Röpke, Über die Verwendung freitransplantierten Fettes in der Gelenkchirurgie Chir.Kong.
Vortragender hat seit seinen ersten Mitteilungen über die Verwendung freitransplantierten Fettes in der Knochen- und Gelenkchirurgie auf der Naturforscherversammlung in Karlsruhe im Jahre 1911 klinisch und experimentell mit diesem Material weitergearbeitet. Die klinischen Beobachtungen haben ergeben, daß der freitransplantierte Fettlappen selbst bis zur Handtellergröße ohne Wundstörung in den Gelenken zur Einheilung gelangt. Die spezielle funktionelle Inanspruchnahme des Fettlappens im Gelenk bedingt ein anderes Endergebnis der Regenerationsvorgänge im Fettlappen, als wenn er ins Subcutangewebe verpflanzt worden ist, indem die Neubildung von Bindegewebe zwischen den lastenden und sich bewegenden Knochenenden mehr in den Vordergrund tritt. Dort aber, wo bei der funktionellen Inanspruchnahme Fettgewebe bestehen bleiben kann, findet sich nach anfänglichen Degenerationsvorgängen nach etwa 24 Wochen wieder normales Fettgewebe. Über die feineren histologischen Vorgänge wird an anderer Stelle berichtet werden. Mit der Interposition eines freien Fettlappens sind von Röpke 13 Gelenke operiert worden. Sie verteilen sich auf Finger-, Hand-, Ellenbogen-, Schulter-, Hüft- und Kniegelenk bei Fällen, die wegen veralteter Luxation synostotischer und fibrös ankylotischer Gelenke zur Behandlung kamen. Am Ellenbogengelenk soll vom Kocherschen Schnitt aus operiert werden. Die Einheilung erfolgte in allen Fällen primär. Die funktionellen Resultate sind gut. Auch auf dem Gebiet der operativen Behandlung der Gelenktuberkulose hat R. die freie Fetttransplantation angewandt und hier wie in den anderen Fällen neben primärer Heilung ein gutes funktionelles Resultat erzielt. Am Hüftgelenk wurde nach Entfernung der erkrankten Kapsel, nach Ausräumung der Pfanne und Abtragung des erkrankten Kopfes der Rest des Halses modelliert, der Pfannenraum mit einem großen Fettlappen ausgefüllt und hier wie in allen anderen Fällen das Gelenk primär geschlossen, das Gelenk im Gipsverband auf 3 Wochen ruhig gestellt. Danach beginnen aktive Bewegungen, die allmählich mit anderen orthopädischen Maßnahmen kombiniert werden. Robuste Bewegungen sind in den ersten Wochen zu unterlassen, um keine Nachblutungen beim Losreißen der Lappen und Störungen der aktiven Bewegungsübungen zu veranlassen. Am Kniegelenk ist von 2 seitlichen, nach hinten konvexen Bogenschnitten aus, nach T-förmiger Spaltung der Fascie Abtrennen der Seitenbänder von den Femurepikondylen, die erkrankte Kapsel exstirpiert, die Gelenkfläche der Patella, der Femur- und Tibiakondylen bogenförmig abgetragen, eine Fossa intercondylica am Femur, eine Aushöhlung der Tibiakondylen und eine Eminentia capitata wieder hergestellt, das Femur mit einem handtellergroßen Fettlappen überzogen, ein ebensolcher in das Lager des oberen Recessus durch Nähte fixiert, die Seitenbänder angenäht und das Gelenk geschlossen. Nach 3 Wochen dauerndem Gipsverband Beginn der aktiven Bewegungen und Massage der sehr atrophischen Streckmuskulatur. Die Stellung des Beines ist ausgezeichnet, und da der Streckapparat bei der Operation in keiner Weise geschädigt ist, kann das Bein bereits nach 8 Wochen in Streckstellung gehoben werden, im Pendelapparat ist zu dieser Zeit eine Beugung bis zu etwa 45° bereits möglich. In einem Falle mit Ellenbogengelenktuberkulose mit alten Fistelnarben hat sich die freie Fettinterposition ebenfalls sehr gut bewährt. R. empfiehlt auf Grund seiner klinischen und experimentellen Beobachtungen den freitransplantierten Fettlappen als ausgezeichnetes Interpositionsmaterial in der Gelenkchirurgie, auch bei noch bestehender Tuberkulose. Selbstbericht.

Heller berichtet über weitere Erfahrungen, die in der Payrschen Klinik mit der Mobilisierung versteifter Gelenke gemacht wurden, und demonstriert geheilte Patienten. Chir.Kong.

Jones, Robert, The treatment of fractures. (Frakturenbehandlung.) Med. rev. **16,** S. 182—195. 1913.

Starker Zug in tiefer Narkose bei der Reposition, sorgfältigste Anpassung der

Schiene, genügend lange Bettruhe. Will die Fraktur nicht fest werden, so störe man die Callusbildung nicht durch zu häufiges Untersuchen. Beklopfen mit einem Holzhammer ist zweckmäßig. Im Notfall Autoplastik aus einem anderen Knochen. Operiert man, so kann man nähen oder schienen; in allen Fällen sollen sämtliche Splitter reponiert werden. Operierte Fälle ergaben in 90,7% gutes funktionelles Resultat gegen 69,4 der nicht operierten; bei Kindern dagegen sind die Zahlen fast gleich. — Schenkelhalsbrüche ergaben nur 26% brauchbare Resultate. Behandlung: Extension in Abduktion — Innenrotation mit Heftpflaster oder im Abduktionsrahmen; später Thomas-Schiene. Einkeilung ist nicht prinzipiell zu beseitigen. — Oberschenkelbrüche werden meist mit Thomas-Schiene behandelt, bei Sitz im oberen Drittel mit Abduktionsrahmen. — Von den Unterschenkelfrakturen sind am schwierigsten die Brüche beider Knochen im unteren Drittel, wo häufig operativer Eingriff nötig wird; im übrigen meist Thomas-Schiene. Als Nachbehandlung für Knöchelfrakturen wird Plattfußeinlage mit innerer Schiene empfohlen. — Bei Brüchen des Humerushalses genügt eine Mitelle, wenn nötig nach Reposition; passive Bewegungen nicht vor der 4. Woche. Bei Ellenbogenfrakturen Fixation in starker Flexion und Supination für 14 Tage, Bewegung nach 3 Wochen. Frühzeitiges Mobilisieren kann nur schaden, ebenso wie die blutige Operation bei Kindern zu verwerfen ist. Bei Olecranonfrakturen gleich gute Resultate mit und ohne Operation. — Brüche beider Unterarmknochen werden in unvollständiger Supination fixiert. Radiusfrakturen gut reponieren, mit Schiene bis zur 3. Woche fixieren, dann energisch massieren und bewegen. Verf. warnt auch hier vor zu frühzeitiger Bewegungstherapie. *Magnus* (Marburg).

Wegner, K. F., Die jetzt angewandten Behandlungsmethoden der Knochenbrüche der Extremitäten. (*Mediko-mechan. Inst. d. süd-russ. Gesellsch. von Bergindustriellen.*) Chirurgia **33**, S. 56—69. 1913. (Russisch.)

Die jetzigen Behandlungsmethoden der Knochenbrüche können als funktionelle bezeichnet werden. Für das Unfalls- und Versicherungswesen sind diese Methoden von größter Bedeutung, spez. das Bardenheuersche Extensionsverfahren und neuerdings auch die Nagelextension bei Knochenbrüchen nach Steinmann. Nachdem Verf. darauf hingewiesen, daß diese Fragen in Rußland noch keine genügende Beachtung gefunden haben, werden die Prinzipien und die Technik dieser Verfahren näher besprochen. Die Steinmannsche Nagelextension wurde vom Verf. in 32 Fällen angewandt. Keinmal wurden Komplikationen beobachtet, weder von seiten der Gelenke noch der Knochen. Der Kanal im Knochen nach Entfernung des Nagels war stets trocken, die Kulturen vom Nagel bei seiner Entfernung entnommen blieben steril. Massage und aktive Bewegungen wurden seit den ersten Tagen geübt. Die erzielten Resultate waren in allen Fällen sehr gute. Verf. kommt zum Schluß, daß die Behandlung von Frakturen überhaupt in speziellen Heilanstalten vorgenommen werden müßte (Unfallkrankenhäuser) und zwar von Spezialchirurgen. Dieser Standpunkt sei auch vom internationalen Kongreß der Unfallmedizin in Düsseldorf 1912 vertreten worden. *Schaack* (St. Petersburg).

Lacaille, E., Quand doit-on radiographier une fracture? (Wann muß man einen Knochenbruch röntgen?) Journal de méd. de Paris **33**, S. 265—266. 1913.

Man muß alle Knochenbrüche, wenn irgend Gelegenheit dazu vorhanden ist, mit Röntgenstrahlen untersuchen, bei Beginn und zum Schluß der Behandlung, ohne Rücksicht darauf, ob durch das Röntgenbild die so häufig unvollkommene Einrichtung dem Patienten verraten wird. — Demonstration von Röntgenbildern, die entweder zu spät oder nicht sorgfältig genug (nur von einer Seite) angefertigt wurden. *Denks* (Hamburg).

Chir.Kong. **Streißler, Über bogenförmige Osteotomie.**

Autor war in der Lage, die bogenförmige Osteotomie, die keine neue Methode ist, sondern nur teilweise in Vergessenheit geriet, in 3 Fällen auf der Grazer chirurg. Klinik in Anwendung zu bringen: das erste Mal am unteren Radiusende zur Korrektur einer Madelungschen Handdeformität traumatischer Natur, das zweite Mal in der Art der Codivillaschen Scharnierosteotomie am Schenkelhals bei Coxa vara rachit., das dritte Mal bei einem Genu valgum am unteren Femurende von vorne her ohne Eröffnung des Gelenkes. Er benutze dabei gerade, scharfe, schmale Meißel. Die bogenförmige Osteotomie wird sich zur Belebung der verschiedensten Deformitäten am Skelettsystem emp-

fehlen, da sie Knochen spart, den Kontakt der Knochenflächen gewährleistet, den Dislokationen der durchschnittenen Knochenenden entgegenwirkt und leichter die häßliche bajonettförmige Stellung vermeidet, als andere Osteotomien. Selbstbericht.

Dollinger, Suspension und Stützpunkte künstlicher Glieder. Chir. Kong.
Zwei Punkte sind bei den bisherigen Prothesen unberücksichtigt geblieben: nämlich die Suspension und die Druckentlastung. Es ist zu berücksichtigen, daß die Prothese die Fortsetzung des Stumpfes sein soll. Zur Erreichung gut sitzender Prothesen macht D. einen Gipsabdruck des Stumpfes und modelliert an ihm bestimmte Stütz- und Druckpunkte. *Katzenstein* (Berlin).

Obere Gliedmaßen:

Chir. Kong.

Rehn demonstriert Patienten aus der Lexerschen Klinik, bei denen durch autoplastische Sehnentransplantation eine Heilung von Sehnenverletzungen erzielt wurde. Es wurden im ganzen acht Patienten operiert, von denen vier demonstriert werden konnten. 1. Verletzung der Strecksehne des Zeigefingers und sekundäre Infektion. Transplantation der Sehne des Palmaris longus. 2. Verletzung der Strecksehne des zweiten, dritten, vierten und fünften Fingers mit sekundärer Infektion. Ersatz durch die Sehne des Extensor communis vom Fuße. 3. Verletzung der Beugesehnen des vierten und fünften Fingers mit sekundärer Infektion. Ersatz durch die Sehne des Palmaris longus. In sämtlichen drei Fällen vollkommene Resultate. Im vierten Fall waren beide Beugesehnen des vierten Fingers verloren gegangen und durch den Palmaris longus ersetzt worden. Resultat fast vollkommen. *Katzenstein.*

Untere Gliedmaßen:

Chir. Kong.

Küttner, Dauerresultate der Transplantation aus der Leiche und vom Affen.
Demonstration zweier Präparate von Hüftgelenkstransplantation aus der Leiche. Im ersten Falle war einer Leiche 35 Stunden nach dem Tode der Hüftgelenkskopf entnommen und einem Menschen, dem wegen Chondrosarkoms der Schenkelhalskopf entfernt worden war, implantiert worden. Der Fall wurde vor zwei Jahren demonstriert und ging ein Jahr einen Monat nach Ausführung der Transplantation an Lungenmetastasen zugrunde. Im zweiten Falle mußte wegen Lokalrezidivs die Exartikulation im Hüftgelenk vorgenommen werden, das Transplantat war einer Leiche drei Stunden nach dem Tode entnommen und hatte drei Jahre zwei Monate funktioniert. Der Befund war in beiden Fällen der gleiche: der Knochen war bei der mikroskopischen Untersuchung tot und wurde vom lebenden Knochen langsam substituiert. Ganz besonders auffallend war die innige und funktionell richtige Verwachsung der Muskulatur mit dem toten Knochen. Weiterhin demonstriert Vortr. ein Kind, bei dem er vor einem Jahre wegen kongenitalen Defektes der Fibula die Fibula eines Affen implantiert hat. Die Affenfibula ist, wie die Demonstration von Röntgenbildern ergibt, vollkommen eingeheilt. *Katzenstein* (Berlin).

Lexer hat zweimal Leichengelenke transplantiert. In einem Falle trat eine Infektion ein, und im zweiten Falle, bei dem das Kniegelenk eines Hingerichteten kurz nach dem Tode verwendet wurde, nachm L. infolge der schlechten Funktion sekundär die Resektion des transplantierten Gelenks wieder vor. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Präparats ergab sich, daß der Knochen tot war. Die Fragestellung dreht sich aber nicht darum, ob die transplantierten Knochen am Leben sind, sondern ob ihre Resorption nicht so rasch vonstatten geht, daß ihre Tragfähigkeit darunter leidet. Die besten Aussichten ergeben immer noch die homoplastischen Transplantationen. Aber auch diese versagen, wenn der Empfänger tuberkulös oder luetisch ist. Die Heteroplastik macht deswegen so große Schwierigkeiten, weil die Eiweißarten der verschiedenen Individuen verschieden sind. An seiner Klinik sind erfolgreiche Ver- Chir. Kong.

suche im Gange, durch entsprechende Vorbehandlung des Blutserums auch die Heteroplastik praktisch durchführbar zu gestalten. *Katzenstein* (Berlin).

Hayashi, K., und M. Matsuoka, Über die Erblichkeit der angeborenen Hüftgelenkverrenkung. (*Chirurg.-orthop. Univ.-Klin., Kioto, Japan.*) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. **31,** H. 3/4, S. 400—423. 1913.

Aus früheren Arbeiten — Verff. gehen mit ihren Literaturangaben bis auf Pare (1678) zurück — wissen wir, daß die angeborene Hüftluxation in erster Reihe erblich, in zweiter Reihe familiär vorkommt; nach Lorenz und Reiner scheint allerdings die familiäre Luxation häufiger als die erbliche zu sein. Verff. fanden unter 230 in den Jahren 1906—1911 beobachteten angeborenen Luxationen 14 erblich und 5 familiär vorgekommene Fälle. Sie unterscheiden bezüglich der Erscheinung der Vererbung folgende fünf Typen: 1. die kollaterale Vererbung (beobachtet 5 mal), 2. die gekreuzte Vererbung (beobachtet 1 mal), 3. die gleichgeschlechtliche Vererbung (beobachtet 1 mal), 4. die indirekte Vererbung (beobachtet 7 mal), 5. das familiäre Auftreten mehrerer Fälle von Hüftluxation in derselben Familie ohne erbliche Belastung (beobachtet 5 mal). Verff. halten auf Grund ihrer Zahlen die Erblichkeit für häufiger als das rein familiäre Auftreten, und zwar erfolgte die Vererbung von männlichen Individuen viel häufiger als von weiblichen. Auf Grund einer Zusammenstellung aus fremden Statistiken konnten die Verff. berechnen, daß unter 1096 Fällen von angeborener Hüftluxation bei 14,7% der Fälle Heredität, bei 3,4% familiäres Auftreten nachweisbar war. Die Hüftluxationen treten manchmal in Familien mit anderen Mißbildungen auf, andererseits findet man auch das Auftreten anderer Mißbildungen in Luxationsfamilien. Auch zu dieser Erscheinung liefern die Verff. Beispiele mit Krankengeschichten, ebenso auch zu der schon von anderer Seite gemachten Beobachtung, daß Luxationskinder gelegentlich aus Verwandtenehen hervorgehen.
Brandes (Kiel).

Kocher, H. L., À propos d'un cas de coxa vara cervicale d'origine infectieuse (pathogénie de Froelich). (Ein Fall von Coxa vara cervicalis infektiösen Ursprunges [Typus Froelich].) Ann. de chirurg. et d'orthop. Bd **26, Nr. 3,** S. 73—80. 1913.

16 jähriger Knabe. Beginn des Leidens während der Rekonvaleszenz eines im 10. Lebensjahre überstandenen Scharlachs mit rheumatischen Beschwerden. *Frangenheim* (Leipzig).

Chir.Kong. **Glaessner, Zur Entstehung der Coxa vara.**

Es handelt sich um eine Krankheit des Epiphysenknorpels; der Parallelismus der Achsen von Schenkelhals und -kopf wird gestört, die Kopfkappe sinkt allmählich herab. Durch Redressement und Fixierung im Gipsverband gehen die Veränderungen zurück. *Katzenstein* (Berlin).

Chir.Kong. **Perthes, Über Osteochondritis deformans juvenilis.**

Perthes ist auf Grund der Beobachtung von 21 zum Teil mehrere Jahre verfolgten Fällen zu der Anschauung gekommen, daß unter dem als „Arthritis deformans juvenilis" veröffentlichten Materiale eine Gruppe von Fällen existiert, welche sich von der Arthritis deformans prinzipiell unterscheidet. Die Krankheit, welche P. mit einem besonderen Namen (Osteochondritis deformans) benennen möchte, zeichnet sich pathologisch-anatomisch durch eigenartige, auf Knorpelneubildung beruhende Destruktionsherde im Innern des Femurkopfes aus. Bei Kindern zwischen dem 5. und 12. Jahre auftretend, bedingt sie eine typische kegelförmige Deformität des Femurkopfes und macht mit Regelmäßigkeit charakteristische klinische Erscheinungen; hinkender Gang, positives Trendelenburgsches Phänomen, Abductionshemmung bei freier Flexion, kein Druck-, kein Stauchungsschmerz. Sie heilt nach mehrjährigem Bestehen aus unter Hinterlassung einer erheblichen Deformität des oberen Femurendes, aber ohne andere funktionelle Störungen als eine sehr geringe Abductionshemmung. Demonstration der Symptome von 2 Kindern. Selbstbericht.

Chir.Kong. **Stoffel, Die Chirurgie des N. ischiadicus.**

Stoffel beschäftigt sich mit der Frage, wie die Chirurgie des N. ischiadicus zu handhaben ist, um ein Anrecht darauf zu haben, eine rationelle genannt zu werden. Als rationell ist die Operation zu bezeichnen, die vor allem der inneren Struktur des Nerven Rechnung trägt. St. bewies, daß die großen Extremitätennerven nur die Summe vieler einzelner motorischer und sensibler Bahnen darstellen, und daß diese Bahnen

immer an einer bestimmten Stelle des Querschnittes verlaufen. Er prägte den Begriff der Topographie des Nerveninneren. Genaue Erklärung des inneren Baues des N. ischiadicus an der Hand mehrerer Zeichnungen und Modelle. Auf die innere Struktur des Nerven ist bei Operationen die größte Rücksicht zu nehmen. Von diesem Standpunkte ausgehend wird die Technik der verschiedenen Operationen (Nervennaht, Nerventransplantation, Nerveninfiltration, Stoffelsche Operation bei spastischen Lähmungen) geschildert. Die Ischias ist in sensiblen Bahnen lokalisiert. Mithin scheiden von den Ischiadicusbahnen die motorischen vollkommen aus. Von der Neuralgie können nun die eine oder andere sensible Bahn befallen sein. Diesem Gedankengang, der durch anatomische Untersuchungen und klinische Untersuchungen fundiert ist, liegt eine neue Operationsmethode zugrunde, die Stoffel angibt: die erkrankten sensiblen Bahnen des N. ischiadicus werden von den motorischen und den gesunden sorgfältig isoliert und auf die Ausdehnung von zirka 15 cm exstirpiert. Die Stümpfe werden durch Neurexheirese stark geschädigt. — In den von St. operierten Fällen wurde die Ischias kupiert. Selbstbericht.

Lexer berichtet über einen neuen Fall von idealer Aneurysmaoperation, welcher nach den von ihm 1907 aufgestellten Regeln operiert worden ist. Zur Erhaltung des Kreislaufes in normalen Bahnen wurde nach vollkommener Entfernung des oberhalb des Leistenbandes beginnenden und bis unterhalb der Arteria profunda herabreichenden spindelförmigen Aneurysma der Gefäßdefekt durch ein 18 cm langes Stück der Vena saphena ersetzt. Die stark durch Atheriosclerose veränderte Wand der Arterie ließ die Fäden der fortlaufenden Naht nach Carrel durchschneiden. Dagegen bewährte sich ausgezeichnet die fortlaufende, ausstülpende Matratzennaht, deren Fäden nicht nur gut hielten, sondern auch jede Blutung vermehrten. Der starke Lumenunterschied des Venenstückes und der erweiterten Arterie bot bei der Naht weniger Schwierigkeit. Der glänzende Erfolg zeigt auch, daß eine Erweiterung des Venenstückes wie im Experimente eingetreten sein muß. Der Fall, ein 62jähriger Mann, bringt den sicheren Beweis, daß das eingepflanzte Stück gut durchgängig geblieben ist. Denn die ebenso kräftig wie auf der anderen Seite pulsierenden Fußarterien verlieren sofort ihren Puls, wenn die Arteria femoralis im Gebiete des Ersatzstückes komprimiert wird. Der vor $^3/_4$ Jahr operierte Patient ist vollkommen beschwerdefrei. [Chir. Kongr.]

Selbstbericht.

Heinlein, Heinrich, Zur Ätiologie und Therapie des Genu valgum. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 15, S. 702—704. 1913.

Beschreibung eines Falles, wo sich bei einem 15jährigen Knaben an der medialen Seite der rechten Kniegegend langsam eine Geschwulst bildete. Das rechte Kniegelenk kam in eine ausgesprochene Valgusstellung. Bei der Operation stellte es sich heraus, daß in der unteren medialen Vastusausbreitung ein Angiofibrom vorhanden war. Bei der Ätiologie dieser Deformität müssen also, außer den bekannten Ursachen, auch die Geschwülste des medialen Oberschenkelmuskelgebietes in Betracht gezogen werden. Die Operation bestand in der Exstirpation der Geschwulst, nachher Vereinigung der den Defekt begrenzenden Muskelränder und Muskelüberpflanzung. Die beträchtliche Valgusstellung glich sich 3 Monate nach der Operation ohne Osteotomie spontan aus. Diese Deformität heilte also, nachdem normale Muskelspannung und Muskelfunktion wieder hergestellt waren, infolge Wirksamwerdens der Transformationskraft des Knochens. Dies Resultat erweckte keim Verf. den Gedanken, die Korrektion bei Genu valgum durch Inangriffnahme des Muskelapparates zu bewerkstelligen. *Béla Dollinger.*

Oehlecker, Zur chirurgischen Behandlung tabischer Gelenkerkrankungen. [Chir. Kongr.]

Vortragender berichtet über drei (z. T. atypische) Gelenkresektionen bei tabischer Arthropathie. In allen Fällen wurde eine knöcherne Ankylose erzielt. Ebenso brachten sechs osteoplastische Fußamputationen gute und sehr nützliche Erfolge (gegebenenfalls Vorbehandlung mit Jodtinkturinjektionen ins Gelenk und sicherer Fixierung in Gipsverbänden). Das leitende Grundprinzip bei den chirurgischen Eingriffen ist folgendes: Vollständige Ausschaltung des kranken und zügellos gewordenen Gelenkes; genaue Fixierung der Knochenenden zueinander; einseitig wirkende Druckbelastung bei sorgfältigster Nachbehandlung. Auf jeden Fall muß eine knöcherne

Ankylose erreicht werden; denn dann kommt der Krankheitsprozeß zum Stillstand und schon atrophischer Knochen gesundet wieder unter einseitiger Belastung. Selbstverständlich ist die Indikationsstellung unter genauer Berücksichtigung des Grundleidens sorgsam abzuwägen. — Besonders bei Tabikern aus dem Arbeiterstande ist eine frühe osteoplastische Fußamputation ratsam, es muß aber hier mit allen Mitteln erstrebt werden, daß der Calcaneus mit den Unterschenkelknochen fest verheilt. Die tabischen Arthropathien des Kniegelenks geben ein großes Feld für orthopädische Behandlung, doch haben hier auch Resektionen ihre Berechtigung; in manchen Fällen bringt hier die chirurgische Behandlung gute Vorteile, wie es bei den drei oben angeführten Kniegelenksresektionen der Fall war. Selbstbericht.

Moreau, J., Fractures de l'extrémité supérieure du tibia. (Brüche des oberen Tibiaendes.) (*Hôp. St.-Pierre.*) Clinique (Bruxelles) Jg. 27, Nr. 16, S. 241 bis 252. 1913.

Solowjew, Zur konservativen Behandlung des ulcus cruris. Praktitschesky Wratsch 12, S. 132—133; 150—151. 1913. (Russisch.)

Verf. behandelte mit gutem Erfolg Ulcera cruris durch Kalihypermanganicumpulver. Dieses Pulver bleibt 24—48 Stunden auf dem Ulcus. Wenn die Wunde schmutzig ist, so wird sie durch Kompressen mit $1^1/_2$ proz. Sodalösung, die alle 2—4 Stunden gewechselt werden, behandelt. Nach der Reinigung des Ulcus wird eine Salbe (Arg. nit. 0,2, Lanolini, Bals. Peruviani ää 2,0, Vaselini 20,0) angewandt. Verf. hat gute Resultate erzielt bei 25 Patienten älter als 60 Jahre. *Joffe* (Dorpat).

Chir.Kong.

Wilms, Operative Behandlung des Pes valgus und varus.

Bei Pes valgus bedingt das Abgleiten des Talus nach vorn und innen vom Calcancus das Umlegen des Fußes und seine Abflachung, die Abduktion des Vorderfußes und leichte Pronation. Um das Abgleiten des Talus in obengenannter Richtung zu verhindern, empfiehlt sich es bei mittelschweren Fällen von Plattfuß das Gelenk zwischen Talus und Naviculare zu ankylosieren und zwar mit gleichzeitiger keilförmiger Knochenresektion vom vorderen Taluskopf und Einpflanzung des keilförmigen Knochenstückes, dessen breitere Basis nach der Planta pedis sieht, in das Gelenk zwischen Calcaneus und Cuboideum von der Außenseite. Bei schweren Fällen genügen die genannten Eingriffe nicht, sondern es muß noch gleichzeitig die Stellung zwischen Talus und Calcaneus korrigiert werden, was am besten erreicht wird durch Entfernung der Gelenkknorpel zwischen diesen Knochen von zwei horizontalen Schnitten. Auch hier tritt dann eine Ankylose an Stelle des Gelenkes und verhindert das Abgleiten des Talus und Umlegen des Fußes. Bei der Nachbehandlung muß darauf geachtet werden, daß der Talus möglichst nach aufwärts geschoben und die Fußwölbung wieder stark ausgeprägt wird, was relativ leicht gelingt. Bei Pes varus (nur bei schweren Fällen bei Erwachsenen kommt der Eingriff in Betracht) läßt sich durch eine, bei der Pes valgus beschriebene Methode entsprechende Operation ebenfalls ein gutes Resultat erzielen, nämlich Ankylosierung im Chopartschen Gelenk, eventuell mit Keilresektion außen und Implantation in das Talo-Naviculargelenk, dann Redression des Calcaneus nach Lösung seiner Verbindung mit dem Talus durch Meißel und Hammer und Ankylosierung dieses Gelenkes mit starker Pronation des ganzen Fußes. Es empfiehlt sich, nicht gleich nach der Operation die Redression zu forcieren. Selbstbericht.

Chir.Kong.

Müller hat bei schwerem Plattfuß die Keilexcision des Knochens aus dem medialen Fußrand vorgenommen und durch Verwendung dieses Knochenteils am lateralen Fußrande ein gutes anatomisches und funktionelles Resultat erzielt.

Chir.Kong.

Perthes hat eine ähnliche Operation bei Plattfuß ausgeführt. *Katzenstein.*

Frank, Richard, Zur Behandlung beginnender Gangrän. Beitrag zu Borchardts Artikel. Zentralbl. f. Chirurg. 40, S. 508—509. 1913.

Mitteilung eines Falles von beginnender Gangrän beider Unterschenkel infolge Erfrierung, bei dem mit den von Borchardt empfohlenen Wechselbädern, die durch 6 Wochen täglich (je dreimal 3 Minuten kalt und heiß) wiederholt wurden, ein überraschend guter Erfolg erzielt wurde. *Kohl* (Berlin).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete

Band I, Heft 16 S. 777—848

Allgemeine Chirurgie.

Allgemeines:

Klapp, Rudolf, Physiologische Chirurgie. (*Kgl. chirurg. Klin., Berlin.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 15, S. 793—796. 1913.

Hiromoto, B., Statistik der angeborenen Mißbildungen in Japan. (*Orthop.-chirurg. Abt. d. med. Fak., Univ. Tokio.*) Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurg. Bd. **12**, H. 3, S. 219—232. 1913.

Verf. hat innerhalb 4 Jahren 4804 Patienten untersucht, unter denen sich 469 mit angeborenen Mißbildungen vorfinden (245 = 52% männliche und 224 = 48% weibliche), die danach einen Prozentsatz von 9,8 aller Kranken ausmachen, also der Hoffaschen Statistik mit 11,3% am nächsten kommen. Des Verf. Statistik ist eingeteilt nach Körperregionen, nach der Art der Mißbildung und ihrer Häufigkeit. So findet sich z. B. der Klumpfuß in 25,6%, beim männlichen doppelt so häufig wie beim weiblichen, angeborene Hüftverrenkung in 15,6%, 6 mal häufiger beim weiblichen als beim männlichen Geschlecht. Littlesche Krankheit in 10,4% usf. Es werden ferner alle selteneren Mißbildungen an den Extremitäten, dem Kopf, Hals usw. erwähnt und in genauen Zahlen angeführt. Über hereditäre Verhältnisse vermag Verf. keinen Aufschluß zu geben, da in den zur Verfügung gestandenen Krankengeschichten keine diesbezüglichen Bemerkungen vorlagen. *Rupp* (Chemnitz).

Boeke, J., Die Regenerationserscheinungen bei der Verheilung von motorischen und receptorischen Nervenfasern. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **151**, H. 1—3, S. 57—64. 1913.

Die an 20 erwachsenen Igeln vorgenommenen Versuche, bei denen der zentrale Hypoglossus mit dem peripheren Ende des Lingualis vereinigt worden ist, haben folgendes Resultat gezeitigt. In der entsprechenden Zungenhälfte sind die Hypoglossusäste 2—3 Monate nach der Operation leer und zeigen nur aus degenerierten Fibrillen entstandene Bandfasern; die Lingualisäste dagegen sind ganz gefüllt von regenerierenden Nervenfasern. Die in Schnittserien zerlegten Narbenstellen zeigen, daß die Hypoglossusfasern in die periphere Lingualisbahn hineingewachsen sind. Die Fasern des Hypoglossusendes lassen sich nämlich als kontinuierliche Fibrillen verfolgen und zeigen im Bereiche der Narben innige Durcheinanderflechtung, allmähliches Vordringen und schließliches Einschießen in die periphere Bahn. Vom Lingualis selbst dagegen hat keine Spur autogener Regeneration stattgefunden. Die in die neue Nervenbahn eingedrungenen Hypoglossusfasern sind nicht mehr imstande, das heterogene Gebiet zu verlassen. Unter Wahrung ihrer spezifischen motorischen Eigenschaften wachsen sie am Ende der Lingualisbahn in Endorgane aus, die sich im Bindegewebe der Mucosa verbreiten, verästeln, Endnetzchen bilden und sogar in das Epithel eindringen. Niemals aber erreichen sie ihr zugehöriges Endgebiet, weil es ihnen unmöglich ist, die neue Bahn, in die sie hineingezwungen sind, zu verlassen. Sie wachsen an ihren Muskelfaserbündeln vorüber, ohne mit ihnen den gewünschten Anschluß zu finden. Soweit der rein anatomische Befund. Trotz dieses Verhaltens ist eine funktionelle Heilung, wenn auch in beschränktem Maße, denkbar. Einmal dringen auch in das perineurale Bindegewebe des sensiblen Stammes vereinzelte motorische Fasern und erreichen, ohne in die Lingualisbahn eingekerkert zu sein, schließlich Muskelfasern, auf denen sie typische Endplatten entwickeln. Sodann findet manche Hypoglossusfaser dadurch Kontakt mit einem Muskelbündel, daß das letztere mit Fasern in Bindegewebe ausstrahlt, welches das Perineurium des Lingualis darstellt. In diesen Fällen läuft die am Ende der Lingualisbahn angelangte und im Bindegewebe der Mucosa verästelte Hypoglossusfaser eine Strecke weit an der Muskelfaser entlang, um schließlich auf deren Oberfläche ein spezifisches Endorgan zu bilden. *Meyer* (Köln a. Rh.).

Groot, S. B. de, Erwiderung auf die kritischen Bemerkungen Ritters zu meiner Arbeit über das Entstehen und Verschwinden von Lymphdrüsen. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **122,** H. 1/2, S. 162—164. 1913.

De Groot wendet sich gegen die kritischen Bemerkungen Ritters, der die Untersuchungsresultate der de Grootschen Arbeit über das Entstehen und Verschwinden von Lymphdrüsen schon früher in einer eigenen Arbeit niedergelegt haben will. De Groot warnt eindringlichst vor dem Ritterschen Satz, daß das Auffinden abnormer Lymphdrüsen von diagnostischem Werte sei für die Nähe eines malignen Tumors.
de Ahna (Potsdam).

M'Gannon, Inflammation of bone. (Knochenentzündung.) South. practitioner Bd. **35,** Nr. 1, S. 12—19. 1913.

Donati, Mario, Innesti liberi et trapianti di tessuti e di organi. (Pfropfung und Überpflanzung von Geweben und Organen.) (*Istit. di patol. spec. chirurg. dimostr., univ., Modena.*) Clin. chirurg. Jg. **21,** Nr. 3, S. 497—534. 1913.

Übersichtsreferat ohne neue Tatsachen. *Gümbel* (Bernau).

Stern, Maximilian, The grafting of preserved amniotic membrane to burned and ulcerated surfaces, substituting skin grafts. A preliminary report. (Die Überpflanzung konservierter Amnionmembranen auf Brandwunden und Ulcera an Stelle von Hautplastiken.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 973—974. 1913.

Auf Eis konservierte Amnionläppchen werden mit der glänzenden Seite auf den Defekt gelegt und mit einer dünnen Wachsschicht (Mischung von Paraffin, Bienenwachs und Ricinusöl) überzogen. Darüber steriler Verband. Nach 2 Tagen ist die Amnionschicht mit der Wundfläche fest verklebt. *Kindl* (Prag).

Hayes, Douglass, Arthritis deformans and its treatment. (Die Arthritis deformans und ihre Behandlung.) South. practitioner Bd. **35,** Nr. **2,** S. 82 bis 84. 1913.

Pirami, Ester, Sopra un singolare caso di morbo di Raynaud. (Über einen eigentümlichen Fall von Raynaudscher Erkrankung.) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig. S. 154—158. 1913.

Lyon, G., Injections sous-cutanées d'oxygène. (Subcutaninjektionen von Sauerstoff.) Clinique (Paris) Jg. **8,** Nr. 16, S. 250—251. 1913.

Indikationen sind: Dyspnöe verschiedener Ursache (Fremdkörper in der Trachea, stenosierter Kropf usw.), dann toxische Zustände (Urämie, Coma diabeticum, Kohlenoxydvergiftung, Chloroformasphyxie usw.). Die Injektion ($^1/_2$—4 l) macht man an der Außenseite des Oberschenkels mit einer Hohlnadel, die mit der Sauerstoffbombe in Verbindung steht. Passende Apparate sind von verschiedener Seite angegeben.
Ströbel (Erlangen).

Thies, A., Über die Infusion physiologischer Salzlösung. (Mittelrhein. Chirurgenvereinig., Sitz. 15. II. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 15, S. 554—555. 1913.

Statt reiner phyisologischer Kochsalzlösung verwendet Verf. NaCl 0,85%, $CaCl_2$ 0,03%, KCl 0,03% und hat dadurch alle unangenehmen Folgen der reinen Kochsalzlösung ganz vermieden. Diese läßt er zur Entfernung von Giftstoffen durch Auswaschung des Körpers oder nach Blutverlust gelten, hält sie für schädlich bei Inanition, Nephritis, Myokarditis, Cholämie. Tablettenbezug: Klinische Apotheke Gießen. *Schlender* (Ostrowo).

Infektions- und Parasitenkrankheiten:

Dumont, Fritz L., Experimentelle Beiträge zur Pathogenese der akuten hämatogenen Osteomyelitis. (*Inst. z. Erforsch. d. Infektionskrankh., Univ. Bern.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **122,** H. 1/2, S. 116—149. 1913.

Lexer ist es als erstem gelungen, mittels intravenöser oder arterieller Injektion von abgeschwächten Bouillonkulturen des Staphylococcus aureus und albus bei Kaninchen mit einiger Regelmäßigkeit Krankheitsbilder zu erzeugen, die in Lokalisation, anatomischer und klinischer Symptomatik demjenigen der akuten eitrigen Osteomyelitis beim Menschen entsprachen, und so die Lehre von der hämatogenen Entstehung dieses

Leidens, die durch Kocher, Rodet u. a. begründet war, auf sicheren Boden zu stellen. Seine weiteren Versuche zur Gefäßverteilung im jugendlichen Knochen, die die Langerschen Resultate bestätigten und ergänzten, führten Lexer zu folgenden Vorstellungen über die ersten Vorgänge bei der hämatogenen Infektion der Knochen: die durch ihr biologisches Verhalten des Auswachsens zu Haufen besonders geeigneten Staphylokokken werden in den feinsten Endarterien der Wachstumszone der Knochen abgelagert, vermehren sich an Ort und Stelle und bilden so die ersten kleinen Abszesse. Zum Teil kommen metastatische Abszesse durch Ablösung von Kokkengruppen und embolische Verschleppung im Knochen zustande. Sehr selten ist die eigentliche embolische Entstehung der Osteomyelitis. Dumont hat sich — noch auf Anregung Tavels hin — damit befaßt, durch Experimente und mikroskopische Serienuntersuchungen diesen mehr theoretisch abgeleiteten Anschauungen Lexers nachzugehen. Seine experimentellen Untersuchungen zeigten zunächst die wichtige Tatsache, daß nur solche Staphylokokkenstämme für das Kaninchen virulent sind, die für sein Blut hämolytisch sind. Woher die Staphylokokken stammten, aus Acnepusteln, Furunkeln od. a., ob es gelbe oder weiße Arten waren, war dann völlig gleichgültig, so daß der spezifische Bacillus osteomyelit. Hencke abzulehnen ist. Stets gelang es dem Autor, mit solchen hämolytischen Stämmen, je nach Menge und Virulenz quantitativ verschiedene Fälle von hämatogener eitriger Osteomyelitis zu erhalten „von der akuten pyämischen foudroyanten Form mit Exitus in 24 Stunden ohne Entwicklung von Knochenherden bis zu ganz milde verlaufenden Fällen, wo die Tiere am Leben blieben und die Erscheinungen der chronischen Osteomyelitis mit Sequesterbildung aufwiesen.“ Zur mikroskopischen Untersuchung, deren Technik genau angegeben ist, wurden die Femora von 10 Tieren benutzt, die in verschiedenen Abständen nach der in die Ohrvene ausgeführten Injektion einer Kultur von abgeschwächter Virulenz getötet waren. In sämtlichen Präparaten fanden sich multiple Herde in der Metaphyse, in 7 von 20 in der Epiphyse ohne irgendwelchen Zusammenhang mit den ersteren, so daß man anzunehmen hat, daß anatomische Schwierigkeiten der Ausbreitung des Prozesses von der Diaphyse durch die Knorpelfuge nach der Epiphyse im Wege stehen. In den ersten 2—4 Stunden nach der Injektion findet man Kokken nur im Blut, erst nach 6 Stunden im Knochen vorwiegend in den feinsten Gefäßen der Metaphyse, die sich in den nächsten 4 Stunden zunehmend häufen, nach 15 die Gefäßwand durchbrechen und sich im Nachbargewebe sammeln. Nach 24 Stunden bemerkt man die ersten Zirkulations- und Ernährungsstörungen. Dann bilden sich kleinzellige Infiltrate um die Kokkenhaufen, nach 46 Stunden kleinste miliare Abscesse. Die Loslösung von Emboli, wie sie Lexer angenommen hat, wurden nicht gefunden. Die Lexerschen Annahmen wurden im übrigen durch die Versuche Dumonts bestätigt. *Sievers* (Leipzig).

Thomas, B. A., The preparation and employment, in a series of cases, of a potent polyvalent antistaphylococcic serum. (Über ein wirksames polyvalentes Antistaphylokokkenserum, seine Herstellung und seine Anwendung in einer Reihe von Fällen.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60,** Nr. 14, S. 1070—1073. 1913.

Verf. hat trotz des Fehlschlagens der bisher unternommenen Versuche und der bisher geltenden Aussichtslosigkeit solcher ein Antistaphylokokkenserum hergestellt.

Die Herstellung des Heilserums war folgende: Benutzt wurden 18 Stämme des Staphylococcus pyog. aureus verschiedener Herkunft (Carbunkel, Furunkel, Abscesse, Thoraxempyem u. dgl.). 24 stündige Agarkulturen wurden mit 5 ccm Bouillon abgeschwemmt und 15 Min. im Apparat geschüttelt; je 0,25 ccm einer Mischung der Emulsionen der verschiedenen Stämme wurden auf 2 Agarschalen ausgegossen, 24 Stunden bebrütet, mit 30 ccm phys. Kochsalzlösung abgeschwemmt und im Wasserbad bei 60° 1 bzw. $^1/_2$ Stunde abgetötet. Mit der so hergestellten Bakterienaufschwemmung wurde ein Widder intraperitoneal geimpft, zunächst mit abgetöteten (5 mal). später mit lebenden Bakterien (7 mal) unter Kontrolle des opsonischen Index. Derselbe betrug vor der Impfung 0,12, schließlich vor der Entblutung, $3^1/_2$ Monate später, 2,6.

Mit dem auf diese Weise hergestellten und bewerteten polyvalenten Heilserum hat Verf. 28 Fälle von schwerer Staphylokokkeninfektion (meist Karbunkel und Furunkel) behandelt. Es wurde das Serum in Dosen von 1—8 ccm subcutan injiziert, zum Teil wiederholt, einige Male kombiniert mit Vaccination. Der Heilverlauf war ein aufffallend guter und schneller. Verf. verspricht sich von dem so hergestellten Antistaphylokokkenserum Erfolg sowohl bei allgemeiner wie bei lokaler Infektion mit Staphylococcus pyog. aureus, ev. unter Kombination mit der Vaccination; an den bisherigen Mißerfolgen der Serumtherapie trägt s. E. der Mangel einer Auswertung der Heilsera bzw. eine ungeeignete oder ungenügende Immunisation der Serumtiere Schuld. *Sonntag* (Leipzig).

Welz, Die Behandlung des Erysipels mit Antistreptokokkenserum. (*Städt. Krankenh,, Frankfurt. a M.*) Therap. Monatsh. 27, S. 273—282. 1913.

Die spezifische Behandlung des Erysipels bedient sich der bactericiden Antistreptokokkensera von Marmorek, Aronson und Meyer-Ruppel (Höchst). Über ihren therapeutischen Wert bestehen sehr verschiedene Meinungen. Der Anerkennung, die die Serumbehandlung des Erysipels von manchen Autoren erfahren hat, steht eine recht abfällige Kritik anderer entgegen, die sich nicht nur auf eine völlige Nutzlosigkeit des Mittels, sondern noch dazu auf recht unangenehme Folgeerscheinungen seiner Anwendung gründet. Zwischen diesen Extremen in der Bewertung des Antistreptokokkenserums steht das Versuchsergebnis, daß eine Beeinflussung des lokalen Prozesses nicht zu erwarten sei, während die Allgemeinerscheinungen namentlich beim Gebrauch des Höchster Serums, das zu den polyvalenten gehört, in vielen Fällen rasch und sicher zurückgehen. Verf. hat von der Darreichung des Antistreptokokkenserums per os keinerlei Erfolg gesehen. Bei der intravenösen Applikation sind auch ihm üble Zufälligkeiten (Kollaps) nicht erspart geblieben. Trotzdem verwendet er das Mittel gern, da in mehr als der Hälfte seiner Fälle ein baldiger Fieberabfall, mit dem eine Besserung der leichteren und schweren Allgemeinerscheinungen Hand in Hand ging, auf die Injektion des Serums folgte. Die Beeinflussung der Hauterkrankung war weniger konstant, aber doch in der größeren Mehrzahl der Fälle unverkennbar. Bei dem unberechenbaren Krankheitsverlauf der Erysipele mag leicht ein Zweifel darüber entstehen, ob wirklich dem Serum der günstige Verlauf der behandelten Fälle zuzuschreiben sei. Diesem Einwand begegnet der Verf. durch den Hinweis auf folgende 3 Facta: erstens trat meist unmittelbar nach einer kurz dauernden Serumreaktion des Körpers Fieberabfall ein; zweitens erfolgte die Defervescenz in der Hälfte der Fälle ganz gleichartig, geradezu „typisch"; drittens endlich zeigte sich bei Krankheitsfällen verschieden langen Bestehens kein Unterschied in der Wirkung des Mittels. — Komplikationen des Erysipels vermag die Serumtherapie nicht zu verhindern, Recidiven nicht sicher vorzubeugen. Außer dem erwähnten Nachteil des Serums (Kollapsgefahr) steht seiner allgemeinen Anwendung noch der sehr hohe Preis im Wege. *Genewein* (München).

Duncker, Fritz, Generalisierte postdiphtherische Lähmung mit psychischer Alteration. Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurg. Bd. **12,** H. 3, S. 270 bis 290. 1913.

Bei einem 17jährigen Mädchen war es 3—4 Wochen nach der primären Erkrankung zunächst zu einer postdiphtherischen Gaumensegel- und einer beiderseitigen Abducensparese, dann zu einer schweren Lähmung der gesamten Rumpf- und Extremitätenmuskulatur mit Fehlen der Sehnenreflexe, mit Sensibilitätsstörungen und gleichzeitig zu einem verblödungsartigen psychischen Zustand mit zeitweiliger völliger Desorientierung, mit Gedächtnisausfällen und Störungen der Merkfähigkeit gekommen. Im Hinblick darauf, daß sich im Rachenabstrich noch Diphtheriebacillen fanden, also noch mit einer Toxinproduktion zu rechnen war, erhielt die Kranke zu der im Anfang der Erkrankung gegebenen Serumdosis von 8000 IE. eine nochmalige Seruminjektion von 6000 Einheiten in den Lumbalsack. Der bald darauf einsetzenden Hebung des Allgemeinbefindens folgte ein Rückgang der psychischen Erscheinungen und nach wiederholten kleineren subcutanen Serumgaben schnell auch eine Hebung der motorischen Kraft der Rumpf- und Extremitätenmuskeln. Unter Massage, mediko-

mechanischen und anderen orthopädischen Maßnahmen trat nach etwa zehnwöchiger Behandlung völlige Wiederherstellung ein.

In Anknüpfung an den interessanten Fall erörtert Verf. an der Hand der Literatur Wesen und Entstehung der postdiphtherischen zentralen Störungen und kommt dabei zu dem Schluß, daß das Krankheitsbild der Diphtherie psychotische Zustände keineswegs ausschließt und daß sie sowohl wie die Lähmungen als Ausdruck einer noch im Körper tätigen Toxinwirkung aufzufassen und demgemäß einer möglichst frühzeitigen Serumbehandlung zu unterwerfen sind. *Goebel* (Siegen).

Fronstein, P., Zur modernen Diagnostik von Gonokokken-Erkrankungen. Med. Rundschau 79, S. 223—230. 1913. (Russisch.)

Fronstein geht ausführlich auf die häufige Schwierigkeit einer sicheren Diagnose der Gonokokkeninfektionen ein und betont die Notwendigkeit einer Methode, mit der auch latente Gonokokkeninfektionen sicher entlarvt werden könnten, was speziell bei Heiratskonsens oder unklaren Muskel- und Gelenkerkrankungen von großem Werte wär. Die von Müller, Oppenheim und Bruck inaugurierte serodiagnostische Methode, die auf spezifische Komplementbildung beruht, ist in den Augen des Verfassers nicht genügend zuverlässig (in 50—70% der Fälle positiv) und außerdem viel zu kompliziert. Die Cutanreaktion mit Gonokokkenvaccine, analog der Pirquetschen Tuberkulinreaktion, gibt noch unzuverlässigere Resultate als letztere. Die beste Methode zu diagnostischen Zwecken scheint F. die subcutane Vaccineinjektion—analog der Kochschen A-Tuberkulininjektion zu sein. In 100 Fällen von Gonokokkenerkrankungen konnte F. in 96 Fällen eine Temperaturerhöhung, in 82 Fällen eine Herdreaktion und in 84 Fällen eine Lokalreaktion konstatieren. Von Wichtigkeit ist die Dosierung: während stürmisch verlaufende Gonokokkeninfektionen auf kleine Dosen reagieren, sind bei chronischen und latenten Formen bedeutend größere Dosen zu injizieren. Im allgemeinen ist die Regel aufzustellen, daß die diagnostische Dosis doppelt so hoch zu nehmen ist, als die therapeutische. *v. Reyher* (Dorpat).

Müller, Zur Entstehung und Behandlung der Gasphlegmonen. Chir. Kong.
Vgl. dieses Zentralblatt Bd. 1, S. 635.

In dem diesbezüglichen Referat auf Seite 635 sind durch ein Versehen der Schriftleitung folgende Unrichtigkeiten vorgekommen, die hiermit verbessert werden. 1. In dem betreffenden Fall des Vortragenden handelte es sich wider Erwarten nicht um eine Infektion durch Bacillus aerogenes, sondern um den Bacillus des malignen Ödems in Reinkultur. 2. In diesem Fall wurde durch Sauerstoffinsufflationen ohne Incision eine Heilung herbeigeführt, während Thiriard dieselbe erst nach Incision oder Amputation anwendet. Hierauf legt der Vortragende besonderen Wert.

Fraser, John, A study of the types of organism in a series of bone and joint tuberculosis of children. (Studie über die Bacillentypen einer Serie von Knochen- und Gelenktuberkulosen bei Kindern.) (*Roy. coll. of physic. laborat., Edinburgh.*) Brit. med. journal, Nr. 2728, S. 760—762. 1913.

Durch Operation gewonnene tuberkulöse Gewebsteile wurden Meerschweinchen eingeimpft. Diese wurden nach 6 Wochen getötet und Teile von den erkrankten Organen auf Dorsets Eiernährboden zur Kultur übertragen. Die kulturellen und morphologischen Unterscheidungsmerkmale zwischen bovinem und humanem Typus sind nicht beweisend, wohl aber folgende Kriterien: 1. Bei Züchtung auf saurer Glycerinbouillon vermehrt der humane Typus die Acidität, der bovine schwächt sie ab. 2. Zusatz von 4proz. Glycerin zu Dorsets Eiernährboden fördert das Wachstum humaner Bacillen, hemmt das der bovinen. 3. Das Kaninchen bleibt bei Inokulation kleiner Bacillenmengen vom humanen Typus gesund und kräftig; bovine Bacillen, in gleicher Menge verimpft, bewirken Verfall und Tod des Tieres innerhalb 6 Wochen an Miliartuberkulose. Fraser hat das operativ gewonnene Material von 70 Kindern unter 12 Jahren untersucht.

Er fand — im Gegensatz zu den Ergebnissen anderer Autoren — 41 mal den Typus bovinus, 26 mal den Typus humanus und 3 mal beide Typen nebeneinander. Unter 25 mit der Brust aufgezogenen Kindern wiesen 19 den Typus humanus auf, 6 den Ty-

pus bovinus. Dagegen fand er bei 41 mit nicht sterilisierter Kuhmilch aufgezogenen Kindern 37 mal den bovinen, 4 mal den humanen Typus. 4 mit Kuhmilch ernährte Kinder unter 1 Jahr zeigten sämtlich bovine Bacillen. Bei 71% der mit humanem Typus infizierten Kinder waren weitere Tuberkulosefälle in der Familie, dagegen nur bei 17% der den Typus bovinus aufweisenden Kinder. Verfasser schließt daraus, daß die Infektion mit dem Typus bovinus eine dem frühen Kindesalter eigene, alimentäre ist, während die Ansteckung mit Typus humanus von tuberkulösen Kranken der Umgebung ausgeht. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Schede, Fr., Die Röntgenbehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. (*Orthop. Univ.-Poliklin., München.*) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. **31,** H. 3/4, S. 497—518. 1913.

Schede gibt in seiner Arbeit zunächst einen Überblick über die experimentellen Grundlagen der Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Gewebe. Er nimmt eine Strahlendosis, welche etwas geringer ist als eine Erythemdosis und hütet sich, größere Dosen in die Tiefe zu schicken, „weil man nicht weiß, was in der Tiefe vorgeht". Er weist auf die Arbeit von Iselin hin, welcher nach Bestrahlung unter Aluminiumblech nach langen Zeiträumen Schädigung der Gefäße in der Tiefe sah. Sch. sucht das Optimum der Röntgendosis zu finden, welches den Krankheitsherd zerstört, dabei die Umgebung reizt ohne sie zu schädigen. Um Wachstumsstörungen zu vermeiden, bestrahlt er Kinder unter 5 Jahren nicht. Bei älteren Kindern werden die intakten Epiphysen nicht bestrahlt, erkrankte dagegen wohl; Schädigungen wurden nicht gesehen. Bestrahlt wurden alle Formen von Gelenks- und Knochentuberkulose; besonders geeignet waren tuberkulöse Fisteln, auch infizierte. Die mißfarbenen Granulationen schwanden schnell und wurden frisch und straff. Gewarnt wird vor der Bestrahlung eines Fungus, welcher vor der Einschmelzung steht, mit geröteter Haut. Sch. sah dabei siebartige Durchlöcherung der nekrotischen Haut bei ganz geringen Dosen. Die Bestrahlung eines Gliedes erfolgt ohne Hautschutz, von allen Seiten. Die erwünschte Strahlenart lieferten Röhren von 5—7 Benvist bei einer Röhrenstromstärke von 0,8—1 M. A. Die Gleichartigkeit der Röhrenarbeit im Verlaufe der Bestrahlung wurde mit Bauers Qualimeter oder der parallelen Funkenstrecke geprüft. Die verbrauchte Strahlenmenge wurde mit dem Radiometer von Holzknecht gemessen. Sie betrug an jeder Einfallspforte ca. 3—5 Holzknechteinheiten. Die Umgebung wurde mit Bleigummi abgedruckt. Die Entfernung des Fokus von der Haut betrug 30 cm, der Testkörper wurde genau in der halben Entfernung im Bereiche des Strahlenkegels angebracht. Nach einer Allseitenbestrahlung wurde mindestens 21 Tage abgewartet, dann die Bestrahlung wiederholt. Als Stromtransformator wurde Rosenthals Universalinduktor mit Simonschen Unterbrechern verwandt. Neben Röntgenbehandlung wurden orthopädische Apparate zur Ruhigstellung und Entlastung angelegt. Fisteln wurden zuerst bestrahlt, nach 5 Tagen nach Beck Wismuthpaste injiziert. Im klinischen Teile seiner Ausführungen geht Sch. auf einzelne Krankengeschichten näher ein und bringt instruktive Aufnahmen und Röntgenbilder der Fälle. Es wurden bis 20 Bestrahlungen in schweren Fällen gemacht. Zum Schluß 15 kurzgefaßte Krankengeschichten. *Schmitz* (Eschweiler).

Bettmann, Über kombinierte Behandlung des Lupus mit Alttuberkulin und Aurum-Kalium cyanatum. (*Heidelberg. Univ.-Hautklin.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 15, S. 798—799. 1913.

Die kombinierte Gold- und Tuberkulinbehandlung wurde bei 16 Lupösen durchgeführt, davon erhielten 13 eine vollständige Serie von Goldinfusionen mit im ganzen ca. 0,4 Aurum-Kalium cyanatum innerhalb 32—43 Tagen. In mindestens zweitägigen Zwischenräumen wurden je 0,01—0,03 des Golddoppelsalzes in mindestens 50 ccm Wasser gelöst intravenös injiziert. Die Tuberkulinkur wurde mit kleinsten Dosen (0,01 mg) begonnen und langsam gestiegen. Die Goldinfusionen verursachten häufig große Blutergüsse (Gefäßwirkung des Goldpräparates?), sonst wurden unangenehme Nebenwir-

kungen auch bei 2 mit visceralen Tuberkulosen komplizierten Fällen nicht beobachtet. Trotz der vorsichtigen Tuberkulindosierung traten regelmäßig sehr heftige Allgemeinreaktionen (bis 40° Fieber) auf, ebenso starke lokale und Stichreaktionen. Ein abschließendes Urteil über den therapeutischen Wert der kombinierten Behandlung ist noch nicht möglich. Jedenfalls scheint der therapeutische Effekt des Tuberkulins durch die Goldbehandlung gesteigert zu werden. Jedoch lassen die dabei auftretenden starken Tuberkulinreaktionen große Vorsicht geboten erscheinen, besonders wenn gleichzeitig viscerale Tuberkulosen vorhanden sind. *Harraß* (Bad Dürrheim).

Abrikossow, A., Die Wassermannsche Reaktion an Leichen. (*Soldatenkowsches Hospital in Moskau.*) Med. Rundschau **79**, S. 509—516. 1913. (Russisch.)

Abrikossow hat an 104 Leichen die Wassermann-Reaktion ausgeführt und kommt zu dem Resultat, daß der Ausfall der Reaktion in vielen Fällen Aufschluß über die Natur der vorgefundenen pathologisch-anatomischen Veränderungen geben kann. *v. Reyher* (Dorpat).

Bremener, M., Ein Fall von Sporotrichose. Med. Rundschau **79**, S. 238—256. 1913. (Russisch.)

B. publiziert einen Fall von Sporotrichose des Unterschenkels. Die Krankheit bestand seit 10 Jahren: Ab und zu bildeten sich in der Haut kleine Tumoren (bis 3 cm im Durchmesser), die sich livid verfärbten und nach einiger Zeit eine zähe eitrige Flüssigkeit entleerten. Bakteriologisch wurde Sporotrichum Beurmanni nachgewiesen. Eine energische Jodkur brachte Heilung. Da der 1. Fall von Sporotrichose 1898 von Schenk beschrieben wurde und die Sporotrichose erst 1912 durch Beurmann und Gougerot in ihrer Monographie „Les Sporotrichoses“ eine umfassende Würdigung erfahren hat, geht B. ausführlich auf die Pathologie, Diagnose und Therapie dieser Erkrankung ein. Von Interesse ist, daß die Sporotrichose dem Chirurgen in diagnostischer Beziehung große Schwierigkeiten bereiten kann, da sie, abgesehen von oberflächlichen Krankheitsherden, auch in tief gelegenen Geweben auftreten und leicht eine Osteomyelitis, Arthritis usw. vortäuschen kann. Im großen und ganzen erinnern die Krankheitsformen stets an gummöse Prozesse, nur daß die Sporotrichoseherde stets multipel auftreten, rasch wachsen und leicht zerfallen. Die Diagnose kann bakteriologisch sicher gestellt werden, da die Sporotrichose gut auf Agar, besser auf dem Sabourandschen Nährboden (Acq. 1000,0, Peptoni 10,0, Glykose 40,0, Agar 18,0) wachsen. Noch sicherere Resultate gibt in schwierigen Fällen die Agglutinationsmethode (analog Widal) und die spezifische Komplementbindung — analog Wassermann. In der Therapie ist Jod das souveräne Mittel. In seinen Ausführungen verweist B. auf die obengenannte Monographie von Beurmann und Gougerot, wo auch die Literatur einzusehen ist. *v. Reyher* (Dorpat).

Grindon, Joseph, Granuloma inguinale tropicum: report of three cases. (Über drei Fälle von Granuloma inguinale tropicum.) (*Dep. of dermatol., Washington, univ. St. Louis.*) Journal of cutan. dis. Bd. **31**, Nr. 4, S. 236—240. 1913.

Verf. beobachtete in St. Louis, also in zum mindesten subtropischer Gegend, 3 Fälle von venerischem Granulom. Alle drei betrafen Männer, und zwar erwachsene Neger. Übertragung ließ sich nicht nachweisen. Kulturversuche und Tierversuche blieben ohne Erfolg. Spirochäten und die von Donowan und Carter beschriebenen Körperchen wurden nicht gefunden, doch glaubt Verf. einen spezifischen Organismus und nicht die gewöhnlichen Eitererreger als Ursache annehmen zu müssen. (Gute Abbildung des Krankheitsbildes und mikroskopischer Schnitte.) *zur Verth* (Kiel).

Geschwülste:

Åkerman, J., Svulstbildning och olycksfall. (Geschwulstbildung und Trauma.) Hygiea **75**, S. 193—202. 1913. (Schwedisch.)

Verf. hat, teils als Chef einer Universitätsklinik, teils als Chefarzt der Schwed. Reichs-Versicher.-Anstalt, gute Gelegenheit gehabt, auf diesem — hinsichtlich der Ansprüche auf Entschädigung bei Unglücksfällen — besonders streitigen Gebiete Erfahrungen zu sammeln. Aus der Literatur hebt der Verf. hervor, wie vereinzelt die Autoren sind, welche annehmen, daß ein Trauma an und für sich eine Geschwulst verursachen könne, und weist nach, daß man experimentell nie einen einzigen Fall gefunden, wo Geschwulstbildung die Folge eines Trauma gewesen wäre. Die einzige Art von Geschwulstbildung, die wirklich traumatisch genannt werden kann

— die kleinen Epithelcysten, welche nach Läsion und Einpressen eines Hautfragmentes entstehen — hat gar keine Bedeutung für Ersatzansprüche. Von diesem Gesichtspunkte wird ja eigentlich nur von den malignen Tumoren die Rede sein können. Ohne sich auf einen absolut negativen Standpunkt zu stellen, tritt der Verf. indessen der Meinung bei, daß ein Unglücksfall höchst unwahrscheinlich als beitragende Ursache bei einer Geschwulstbildung mitwirkt. Dafür spricht u. a. die Tatsache, daß Traumen rein numerisch eine verschwindend kleine Rolle spielen. Unter mehr als 30000 Unglücksfällen der Reichsversicherungsanstalt sind nur 4 Fälle vorgekommen, wo ein Trauma als Ursache einer sich entwickelnden Geschwulst angegeben wurde. In allen diesen 4 Fällen sind die Ersatzansprüche abgewiesen worden. Lokaler Schädigung sind alle Arbeiter täglich ausgesetzt, und Geschwulstbildung wird in allen sozialen Schichten immer gewöhnlicher. Wenn hier ein Zusammenhang existierte, so würde der traumatische Faktor größere Zahlen aufgewiesen haben und Geschwulstbildung vorzugsweise bei Traumatisierten entstehen. Keines von beiden trifft zu. In einer Mehrzahl Fällen verhält es sich so, daß ein Trauma das Vorhandensein einer Geschwulst nachgewiesen hat, wovon der Patient vorher nichts gewußt. Wenn bei Ersatzansprüchen ein Trauma überhaupt in Betracht kommen soll, so muß man erstens verlangen, daß es ein tatsächliches Trauma gewesen, und daß eine gewisse regionale Übereinstimmung zwischen dem Platz des Traumas und Entwicklungssitz der Geschwulst besteht. Was den Zeitraum zwischen dem Trauma und der Entstehung der Geschwulst betrifft, ist der Verf. der Ansicht, daß eine Geschwulst, die ziemlich unmittelbar nach einem Trauma erschienen ist, wahrscheinlich früher schon da war, und daß, wenn Jahr und Tag seit dem Unglücksfall verflossen, die Wirkung des Unglücksfalls sich jeder vernünftigen Beurteilung entzieht. Der nächste Zeitpunkt muß daher, dem Verf. nach, für Sarkome auf 2 Wochen und für Krebse auf 4 Wochen festgesetzt werden; die äußerste Zeit für Sarkome darf nicht über 1 Jahr ausgestreckt werden, Krebs (Gehirngliom) kann in Betracht kommen, auch wenn derselbe erst binnen 2 Jahren nach der Beschädigung auftrat. Um Verschlimmerung des Zustandes bei einem Geschwulstpatienten nach Trauma als nachgewiesen erklären zu können, muß man verlangen, daß ein wirkliches, effektives Trauma die Geschwulst selbst berührt hat. Verf. verhält sich abweisend gegenüber der Möglichkeit einer Verschlimmerung nach einem Trauma durch Metastasierung sowie auch gegen die Annahme, daß der Tod eines Geschwulstkranken durch ein Trauma beschleunigt worden wäre. Am augenscheinlichsten ist eine Verschlimmerung, welche nach einem Trauma eintritt, wenn Fraktur bei einer Knochengeschwulst vorliegt. Wenn in solchen Fällen das Trauma kräftig gewesen ist, so daß auch ein gesundes Glied davon Schaden genommen hätte, so muß die Verschlimmerung als Folge der Schädigung aufgefaßt werden und in diesen seltenen Fällen voller und ganzer Ersatz gegeben werden. *Giertz* (Umeå i. Schweden).

Leschke, Erich, Beiträge zur serologischen Geschwulstdiagnostik. (*Krankenh., Eppendorf.*) Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. **1**, S. 271 bis 288. 1913.

Die Untersuchungen des Verf. erstrecken sich auf die Komplementbindung bei malignen Tumoren und auf die Krebszellenreaktion. Das Ergebnis dieser ist folgendes: Im Serum von Tumorkranken lassen sich in einem hohen Prozentsatz der Fälle (90,2%) komplementbindende Antikörper gegen Antigene aus malignen Tumoren nachweisen. Diese Antikörper sind jedoch nicht spezifisch. Die besten Resultate wurden mit Antiforminauflösungen von Carcinomgewebe erhalten. Wenn auch die Carcinomdiagnose auf serologischem Wege nicht einwandfrei zu stellen ist, so kann doch unter Berücksichtigung des klinischen Bildes die serologische Untersuchung oft wichtige Aufschlüsse geben, wenn sie bei negativer Wassermannscher Reaktion und bei Fehlen von degenerativen Prozessen im Körper einen positiven Ausfall der Tumorreaktion anzeigt. Alle Sera von Gesunden lösen Krebszellen mehr oder weniger vollständig auf. Sera

von Krebskranken lassen in 57,1% der Fälle Krebszellen vollkommen unbeeinflußt, in den anderen lösen sie diese teilweise auf. Vorläufig ist es nicht möglich, mit Hilfe der Krebszellenreaktion praktisch brauchbare diagnostische Ergebnisse zu erzielen. *Konjetzny* (Kiel).

Schenk, Ferdinand, Zur Serodiagnostik der malignen Geschwülste. (*Hyg. Inst., dtsch. Univ., Prag.*) Wien. klin. Wochenschr. **26,** S. 529—530. 1913.

Die v. Dungernsche Methode der Serodiagnostik der malignen Geschwülste ist nachgeprüft worden. Aus den Untersuchungen ergibt sich, daß maligne Tumoren tatsächlich häufiger positiv reagieren als andere Fälle. Da aber auch normale Menschen solche Stoffe besitzen, welche eine positive Reaktion veranlassen, so ist der positive Ausfall der Reaktion mit großer Vorsicht zu beurteilen. Deshalb überschreitet die Methode den Rahmen des theoretischen Interesses bisher noch nicht. *Colley* (Insterburg).

Sobotka, Paul, Zur Kenntnis der Myome der Cutis und der Subcutis. (*K. K. dtsch. dermatol. Klin., Prag.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Orig. **116,** S. 79—96. 1913.

Verf. berichtet über einen Fall von multiplen reinen Cutismyomen und einen der seltenen Fälle von echten myomatösen Tumoren der Unterhaut (ein Angiomyofibrom). *Konjetzny.*

Ferrarini, Guido, Sopra i tumori primitivi delle guaine vascolari. (Über primäre Gefäßscheidentumoren.) (*Istit. di patol. chirurg., univ. Pisa.*) Clin. chirurg. Jg. **21,** Nr. 3, S. 589—642. 1913.

Verf. teilt drei solche Fälle mit, zwei vom Halsgefäßbündel ausgehende Lipome und ein Fibrosarkom des Schenkelgefäßbündels. Auf Grund von literarischen und eigenen anatomischen Studien behandelt er eingehend die Frage der Gefäßscheiden, speziell deren anatomischen Bau. Nach einer sorgfältig zusammengetragenen Kasuistik bespricht er die Symptomatologie und die Differentialdiagnose dieser Tumoren. Mehr als eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose lasse sich nicht stellen vor Freilegung des Tumors. Bei dieser, wenn es sich um gutartige oder nicht zu weit fortgeschrittene bösartige Tumoren handelt, kann dann die Diagnose meist mit Sicherheit gestellt werden: wenn ein mit einer Kapsel versehener Tumor innerhalb der Gefäßloge liegt, wo eine solche vorhanden, wenn seine Kapsel identisch ist mit der äußeren fibrösen Schicht der Gefäßscheide, wenn er die Elemente des Gefäß-Nervenbündels irgendwie auseinanderdrängt, wenn er keine Verwachsungen mit der Umgebung hat, wohl aber mehr oder weniger feste mit der Gefäßwand, wenn er nach seinem anatomischen Bau genetisch aus Elementen der Gefäßscheide hervorgegangen sein kann. Die Exstirpation der Tumoren ist wegen ihrer Beziehungen zu der Gefäßwand oft sehr schwierig und kann die Unterbrechung der Kontinuität der Gefäße nötig machen. *Magenau* (Stuttgart).

Mathies, Alfred, Vier familiäre Fälle multipler Neuromyxofibrosarkomatose. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Zeitschr. f. klin. Med. **77,** S. 50—66. 1913.

Über die Entstehung der Neurofibromatose sind neben der infektiösen und toxischen Theorie vor allem die Theorie der primären Sympathicuserkrankung und die dystrophische Theorie aufgestellt. Die Erkrankung macht zur Zeit der Pubertät die ersten Erscheinungen. Beschreibung von 4 Fällen aus einer Familie; es handelt sich um die Mutter und 3 Kinder; bei allen fehlten die Hauttumoren, die Hautpigmentation und abnorme Behaarung der Haut, sowie Schleimhautpigmentation und Tumoren in der Schleimhaut. In allen Fällen hingegen fanden sich Geschwülste in den peripheren Nerven. Syphilis war nicht zu konstatieren. *Colley* (Insterburg).

Shennan, Theodore, Multiple myeloma and its association with Bence-Jones' albumose in the urine. P. 1. (Multiples Myelom und seine Vergesellschaftung mit Bence-Jones Albumose im Urin.) Edinburgh med. journal **10,** S. 321—331. 1913.

Shennan, Theodore, Multiple myeloma. P. 2. Edinburgh med. journal Bd. **10,** Nr. 5, S. 414—427. 1913.

Lastaria, Francesco, La chirurgia del cancro nella sua tecnica e nei suoi risultati. (Die Chirurgie des Krebses in Bezug auf die Technik und die Resultate.) Giorn. internaz. delle scienze med. Jg. **35,** Nr. 7, S. 289—300. **1913.**

Freudenthal, Wolff, Radium as an aid in the treatment of malignant neoplasms. (Radium als Hilfsmittel bei der Behandlung bösartiger Neubildungen.) Internat. journal of surg. Bd. **26,** Nr. 3, S. 80—84. 1913.

In einem Zeitraum von mehr als 10 Jahren hatte Verf. Gelegenheit, eine große Anzahl von Fällen zu behandeln mit teilweise sehr beachtenswertem Erfolge. Ausführliche Krankengeschichte eines Hautepithelioms, eines Riesenzellenepithelioms der Nase und des Pharynx, eines Tonsillencarcinoms und eines Osteosarkoms der Maxillargegend. Die Heilungen erstrecken sich zum Teil über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Die Bestrahlungsdauer betrug von 10 Minuten bis zu 42 Stunden in verschiedenen Zeitabständen. Eine große Bedeutung kommt der Radiumbehandlung nach den Erfahrungen des Verf. auch zur Verhinderung von Rezidiven nach der operativen Entfernung maligner Tumoren zu. Nach möglichst frühzeitiger und radikaler Operation soll sofort mit der Radiumbestrahlung begonnen werden. Drüsenschwellungen und Metastasen in entfernten Organen machen natürlich die Radiumbehandlung unwirksam. *Hochheimer* (Berlin-Schöneberg).

Castaigne, Traitement du cancer par le sulfate de quinine. (Krebsbehandlung mit Chininum sulfuricum.) Ann. de chirurg. et d'orthop. Bd. **26,** Nr. 3, S. 80—85. 1913.

Der Versuch, ein Carcinom mit Chininsalzen zu behandeln, ist nur bei inoperablen Carcinomen und Rezidiven zu machen. Das Chinin ist zwar kein Heilmittel, aber es führt nach Ansicht des Verf. Remissionen und Besserungen herbei. Es lindert die Schmerzen und verhindert Blutungen. Zur Verabfolgung des Chinins empfiehlt der Verf. folgende Lösung: Chininum hydrobichloricum 5,0, Aqua dest. 50 g. Es genügt von dieser jeden zweiten Tag eine Injektion zu machen. An den Zwischentagen soll unter gleichzeitiger Darreichung von säuerlichen Flüssigkeiten (Citronenlimonade) 0,3—0,4 Chininum hydrobichloricum per os verabfolgt werden. Konzentriertere Chininlösungen als die angegebenen machen Schmerzen, veranlassen Infiltrate und Abscesse an den Injektionsstellen. *Konjetzny* (Kiel).

MacKee, George M., and John Remer, Massive dose X ray treatment of cutaneous epithelioma. (Die Röntgenbehandlung von Hautcarcinomen mittels massiver Dosis.) (*New York univ. a. Bellevue hosp. med. coll.*) New York med. journal **97,** S. 633—642. 1913.

Im Gegensatz zu der Mehrzahl amerikanischer Röntgentherapeuten, welche sich der Bestrahlung mit häufig wiederholten fraktionierten Dosen und indirekter Meßmethoden bedienen, bevorzugt Verf. besonders für die Behandlung des Ulcus rodens eine einmalige massive Dosis (6 Holzknechteinheiten) und direkte Meßmethoden. Unter den vorhandenen Meßinstrumenten hat sich das Holzknechtsche Radiometer am besten bewährt. An der Hand von 8 geheilten Fällen von Ulcus rodens, die zum Teil einer langwierigen Behandlung mit fraktionierten Dosen (z. B. 150 malige Bestrahlung) widerstanden haben, und mit zahlreichen Abbildungen weist Verf. die Wirksamkeit seiner Methode nach. *Hartert* (Tübingen).

Verletzungen:

Jex-Blake, A. J., The Goulstonian lectures on death by electric currents and by lightning. Lect. 3. (Vorlesungen über Tod durch elektrische Ströme und durch Blitze. 3. Vorlesung: Tod durch Blitze.) Brit. med. journal **2724,** S. 548—552 u. **2725,** S. 601—603. 1913.

Meist sind Blitzschläge nicht tödlich (von 300 in einer Kirche Anwesenden wurden 6 durch den Blitz getötet). Die Spannung in einem einschlagenden Blitz beträgt wahrscheinlich Millionen von Volt. Die Stromstärke wird auf 10 000—20 000 Ampere geschätzt, die Dauer auf ca. $^1/_{100\,000}$ Sekunde. Der Blitz besteht nicht in einem Funken, sondern ist ein Wechselstrom. Über die eigentliche Todesursache sind die Ansichten verschieden. Wahrscheinlich ist der Tod verursacht durch Lähmung des Herzens und der nervösen Zentralorgane. Der pathologisch-anatomische Befund ist manchmal vollständig negativ. Öfters sind Verbrennungen, meist 1. oder

2. Grades, vorhanden. Seltener sind tiefe Verbrennungen (Knochen, Eingeweide). Charakteristisch sind die sogenannten Blitzfiguren auf der Haut. Beobachtet sind ferner Zwerchfellruptur, Leberruptur, Darmnekrosen. Frakturen, besonders Schädelfrakturen werden öfters gesehen. In einzelnen Fällen hat der Blitz sogar Amputationen ausgeführt. Die Prognose ist gut, wenn nicht der sofortige Tod eintritt. Von 365 Fällen, die den Blitzschlag überstanden, starben in der Folge nur 15. Bezüglich der Prophylaxe ist ein großes Haus sicherer als ein kleines. Volksmengen scheinen eine Anziehungskraft auf den Blitz auszuüben. Die Therapie besteht in Zufuhr von frischer Luft und künstlicher Atmung, ist im übrigen symptomatisch. *Schlesinger* (Berlin).

Kriegschirurgie:

Imbriaco, P., Le ferite prodotte dalle moderne armi da fuoco portatili da guerra nei vari tessuti ed organi. (Die von den modernen Feuerwaffen in den verschiedenen Geweben hervorgerufenen Wunden.) Policlinico. Sez. prat. Jg. **20,** Nr. 16, S. 549—557. 1913.

Der Durchmesser des durch die modernen Projektile hervorgerufenen Einschusses ist desto größer, je geringer die Distanz der Waffe; der Schußkanal erweitert sich im Unterhautfettgewebe, verengert sich in der Muskelaponeurose, um im Muskel wieder weiter zu werden. Wenn oberflächliche Arterien aus großer Nähe getroffen werden, so kann die durch den explosiven Effekt des Geschosses hervorgebrachte Blutung schnell zum Tode führen. Wenn das Herz in der Diastole getroffen wird, so zeigt es bei Nahschüssen explosive Erscheinungen, wird es in der Systole getroffen, so sieht man auch bei Nachschüssen mehr oder weniger regelmäßige Durchlöcherungen. Die Lunge ist infolge ihrer Elastizität fast niemals der Sitz explosiver Wirkungen. Extraperitoneale Blasenwunden sind gefährlicher als intraperitoneale, da die Harninfiltration des subperitonealen Bindegewebes und des Cavum Retzii eine größere Infektionsgefahr bedingt. Das vom Verf. in der Arbeit sonst über die Schußverletzungen der Knochen, Blutgefäße, Nerven usw. Gesagte, ist bekannt; erwähnt mögen die nachfolgenden Schlußsätze werden. Die durch die modernen Handfeuerwaffen hervorgebrachten Verletzungen sind, wenn sie die Blutgefäße, Nerven, Knochen oder wichtige Eingeweide treffen, entweder tödlich oder wenigstens in der größeren Anzahl der Fälle geeignet, den Getroffenen gefechtsunfähig zu machen. Andererseits gewähren aber diese Verletzungen wenn sie nicht gleich tödlich wirken, eine größere Gewähr für die Heilung als die durch die alten Handfeuerwaffen erzeugten Wunden. Infolgedessen können die modernen Feuerwaffen im gewissen Sinne als humanere bezeichnet werden. *Herhold* (Hannover).

Delorme, Des enseignements de la guerre des Balkans. Campagne de Thrace de 1912. (Lehren des Balkankrieges. Feldzug in Thracien 1912.) Bull. de l'acad. de méd. **69,** S. 240—262. 1913.

Lotsch, Das Kriegssanitätswesen der bulgarischen Armee im Feldzug gegen die Türkei 1912/13. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. Jg. **42,** H. 9, S. 322—339. 1913.

Miramond de la Roquette, La physiothérapie des blessés de guerre. (Die Physiotherapie der Kriegsverletzten.) Caducée Jg. **13,** Nr. 8, S. 103. 1913.

Allgemeine Narkose, lokale Anästhesie:

Meyer, Arthur W., Beiträge zur Lokal- und Nervenleitungsanästhesie. (*Chirurg. Poliklin., Heidelberg.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83,** H. 3, S. 520—527. 1913.

Verf. versteht unter „fragmentierter Lokalanästhesie" das Verfahren, daß er zunächst nur die Haut und während der Operation erst die tieferen Teile anästhesiert. Dieses Vorgehen erleichtert das Auffinden größerer Nervenstämme (z. B. des N. ulnaris) unter atypischen Verhältnissen, weil die Patienten bei Ausübung eines leichten Druck auf die Gegend wo der Nerv liegt, die Lage des Nerven lokalisieren.

Ferner ermöglicht es zuweilen das Auffinden tiefliegender, schlecht lokalisierbarer Fremdkörper. M. nimmt auch Injektionen anästhesierender Lösungen in entzündetes Gewebe vor. Er hat zuweilen den Eindruck gehabt, daß dann die Heilungen besser vonstatten gehen können. Es beruht dies auf der Tatsache, daß Entzündungsvorgänge durch Lokalanästhesien gehemmt werden können. Bei der Reposition von Frakturen hat sich gut die Injektion anästhesierender Lösungen an die Frakturstelle bewährt. Ferner wird die Einspritzung solcher Lösungen in die Gelenke zu diagnostischen Zwecken und zu passiven Bewegungen bei chronischen Arthritiden empfohlen. Zur Anästhesierung der Schultergegend verbindet M. mit der Kulenkampffschen Plxusanästhesie die Ausschaltung der N. supraclavicularis durch eine streifenförmige subcutane Injektion am Rande des M. sternocleidomastoideus. Ferner werden durch besondere Injektionen die Nn. intercostales und der N. intercostobrachialis unterbrochen. Für Operationen an der Hand unterbricht M. den N. ulnaris am Epicondylus medialis, den N. medicanus medial von der Art. brachialis, den N. radialis medial vom angespannten N. brachioradialis. Den M. cutaneus antibrachii dorsalis trifft man durch eine linienförmige Injektion zwischen Olecranon und Epicondylus lateralis. Für Operationen auf der Volarseite der Hand wird die Unterbrechung der drei Hauptnerven im Bereich des Handgelenkes nach Braun empfohlen. *Läwen* (Leipzig).

Gaza, v., Gewebsnekrose und arterielle Arrosionsblutung nach Anwendung alter Novocainlösungen zur Infiltrationsanästhesie. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 16, S. 746—747. 1913.

Zur Anästhesierung bei Zahnextraktion benutzte v. Gaza eine länger stehende 2proz. Novocainlösung, die vor dem Gebrauch aufgekocht wurde; es trat Gewebsnekrose und arterielle Arrosionsblutung auf, die v. G. der Lösung zur Last legt; er ist der Ansicht, daß Bakterien in die Lösung gekommen sind, deren Toxine die Störungen hervorriefen; um eine Novocainzersetzung handelt es sich seiner Ansicht nach nicht. v. G. rät dringend, zur Vermeidung derartiger Vorkommnisse die Lösung jedesmal vor dem Gebrauch frisch herzustellen. *Hohmeier* (Marburg).

Stein, Albert E., Zur Frage der Phrenicuslähmung nach der lokalen Anästhesie des Plexus brachialis. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 16, S. 597—598. 1913.

Verfasser berichtet über folgenden Fall:

Bei einer 20jährigen Dame sollte eine Plexusanästhesie vorgenommen werden. Während es in den anderen Fällen stets verhältnismäßig leicht gelungen war, den Plexus zu treffen, war es hier trotz längeren Suchens nicht möglich. Patientin wurde unruhig und klagte über heftigen Schmerz an der Einstichstelle. Der Eingriff, der nicht drängte, wurde aufgeschoben und die Nadel, ohne daß ein Tropfen injiziert worden wäre, herausgezogen. Patientin ging nach Hause. Unmittelbar hierauf traten sehr heftige, sich allmählich steigernde Schmerzen in der ganzen rechten Brustseite auf. Gleichzeitig bestand erschwertes Atmen und starkes Krankheitsgefühl. In den nächsten Tagen war das Atemgeräusch auf der rechten Seite stark vermindert, Fieber trat nicht auf, die Beschwerden schwanden allmählich und waren nach $2^1/_2$ Wochen vorüber. Verf. dachte zunächst an ein zufälliges Zusammentreffen mit einer Pleuritis, zu der aber doch das ganze Krankheitsbild nicht recht stimmte. Er hält es für am wahrscheinlichsten, daß es sich um eine Verletzung des abnorm verlaufenden Phrenicusstammes mit der Nadelspitze gehandelt habe. Vielleicht spielt eine gewöhnlich viel höher gelegene Anastomose mit dem Plexus brachialis eine Rolle. Jedenfalls ist eine gewisse Vorsicht am Platze, und man soll nicht in einer Sitzung die Anästhesie auf beiden Seiten ausführen, und nicht injizieren, bevor man Parästhesien bekommen hat. *Kulenkampff.*

Muroya, S., Experimentelle Untersuchungen über Novocain bei Paravertebralinjektion. (*Chirurg. Klin., Univ. Heidelberg.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **122**, H. 1/2, S. 1—25. 1913.

Verf. bestimmte an Kaninchen die Dosis minima letalis für Novocain bei Subcutaninjektionen auf 0,35 bis 0,39 g, bei intravenöser Injektion auf 0,065 g und bei Paravertebralinjektion auf 0,155 bis 0,16 g. Das Novocain wirkt also, wenn man es in die Nähe der Wirbelsäule deponiert, giftiger als bei subcutaner Injektion. Nach Untersuchungen des Verf. ist der Grund zu diesem Verhalten der, daß

das Gift bei der paravertebralen Injektion rascher durch die Lymphgefäße in die Blutbahn aufgenommen wird. Die vorausgehende Injektion von Gelatine übte einen schützenden Einfluß auf die Vergiftung durch Novocain aus. Die gleiche Wirkung hatten eine Gelatine-Adrenalinlösung, ferner Kochsalzlösungen mit oder ohne Adrenalin. In einer anderen Versuchsreihe injizierte Verf. erst eine 5 proz. Gelatine-Adrenalinlösung in der Höhe des 6. Brustwirbels und nachträglich pro Kilogramm Körpergewicht 10 ccm einer gefärbten 0,5 proz. Novocain-Adrenalinlösung epidural. Durch die erste Injektion sollte das Emporsteigen der nachträglich eingespritzten Novocainlösung verhindert werden. Die Resultate waren aber nicht einheitlich. Ob von einer Schutzwirkung der Barrikade gesprochen werden kann, bleibt zweifelhaft. *Läwen* (Leipzig).

Krüger, Infiltrationsanästhesie bei Amputationen. Korrespondenzbl. d. allg. ärztl. Ver. von Thüringen Jg. **42**, Nr. 3, S. 123—125. 1913.

Krüger macht Amputationen in Infiltrationsanästhesie und verwendet $^1/_4$ proz. Eucain B-Lösung. Er infiltriert zunächst die Haut, durchtrennt diese, infiltriert dann die Muskulatur und schließlich das Periost. Er geht also schichtweise vor und macht eine Querschnittsinfiltration ähnlich wie sie Hohmeier angegeben hat. Bei Amputationen in der Nähe der Gelenke, wo viele Sehnen vorhanden sind, läßt sich diese Anästhesie nicht anwenden. — Das Verfahren bietet nichts Neues und wird besser ersetzt durch die vollkommenere und einfachere Leitungsanästhesie am Beine. Falls diese versagt, kann, wie es schon Hohmeier angegeben hat, eine Infiltration des Querschnittes hinzugefügt werden. *Hirschel* (Heidelberg).

Saphir, J. F., Operations upon the rectum under local anaesthesia. (Operationen am Rectum unter Lokalanästhesie.) Americ. med. **19**, S. 106—111. 1913.

Verf. bespricht die Vorteile der Lokalanästhesie bei kleineren Operationen am Rectum. Als Anästhetica hat er verwandt: Ätherspray, Injektionen von Cocain, Cucain, Wasser und einer 1 proz. Lösung von Chinin und salzsaurem Harnstoff. Besonders die letztere Lösung ist zu empfehlen. Die Anästhesie beginnt bei ihr nach 2—10 Minuten und dauert 3—10 Tage. Bei Hautanästhesierungen dürfen nur $^1/_4$—$^1/_3$ proz. Lösungen verwandt werden, da bei stärkeren Lösungen keine Heilung per primam eintritt. *Hinz* (Berlin).

Desinfektion:

Puccinelli, Vittorio, Contributo allo studio della flora batterica nell'ambiente e nel campo ôperatorio. (Beitrag zum Studium der Bakterienflora in der umgebenden Luft und auf dem Operationsfelde.) (*Istit. d'ig., univ., Roma e policlin. Umberto I.*) Riv. osped. Bd. **3**, Nr. 7, S. 297—304. 1913.

Vermittels Aufstellen von Petrischen Schalen hat Verf. den Keimgehalt in verschiedenen Räumen untersucht. In den Operationssälen fanden sich die meisten Keime an den Operationstagen, sie vermehrten sich mit der Zahl der anwesenden Personen, in einer Stunde waren auf einem Quadratzentimeter Agar 242 Kolonien aufgegangen, während an operationslosen Tagen bei geschlossenen Fenstern und Türen nur 4 Keime pro Quadratzentimeter und Stunde gezählt wurden. In den Operationssälen der Privatkliniken bestand dasselbe Verhältnis. In den Verbandsälen waren 87 Keime, wenn sie benutzt wurden, und nur 5, wenn sie leer waren, pro Stunde und Quadratzentimeter vorhanden. Wurden mit Pyocyaneus infizierte Wunden verbunden, so traf man diesen Bacillus auch stets in der Luft an. In den Schlafsälen wurden 165 Keime gezählt, die sich zur Zeit der ärztlichen Visite auf 256 vermehrten, in den Polikliniken fand man die große Zahl von 600 Keimen auf 1 qcm pro Stunde. Mit der Bewegung der Luft vermehren sich ebenso wie durch die Anzahl der anwesenden Personen die Keime. Es wurden die verschiedenartigsten Bakterien aus der Luft angetroffen: Micrococcus luteus, sulfureus, albicans; pyogenes albus, aureus und citricus, Bacillus prodigiosus, pyocyaneus u. a. Im ganzen handelte es sich um 9 Mikrokokken- und 6 Bacillenarten. Durch Bestreichen der normalen Haut mit Watte und Einwerfen der Wattebäusche in Bouillon wurden folgende Bakterien von der Haut gezüchtet: Micrococcus pyogenes albus, citreus, aureus, candidans, roseus und luteus,

Bacillus megaterium und subtilis. An den im Operationssaale befindlichen Verbandsachen und dem Nahtmaterial konnte nur eine sehr geringe Anzahl Luftkeime nachgewiesen werden, die Gummihandschuhe waren vor der Operation steril, nachher nicht mehr. Auf den durch die Operation gesetzten Wunden wurden trotz vorhergegangener Desinfektion der Haut mit Jodtinktur dieselben Keime wie auf der normalen Haut angetroffen, in der Bauchhöhle fanden sich nur 2 mal Keime, sehr arm an Keimen waren die tieferen Teile der Wunde (Muskeln, Fascien, Eingeweide) während der Operation. Die untersuchten Wunden heilten trotz Anwesenheit einiger Keime per primam. Die meisten auf der Haut und in der Luft gefundenen Keime wirkten weder hämolytisch noch virulent, nur einmal wurde durch Verimpfung des Microc. aureus ein Kaninchen getötet. Verf. kommt zu folgenden Schlußsätzen. Die in den Operationswunden angetroffenen Keime stammen aus der Luft und von der Haut des Operierten, durch Pinselung mit Jodtinktur werden die Hautkeime nur für kurze Zeit unschädlich gemacht, die von der Haut stammenden Keime sind nicht so unschädlich wie die aus der Luft herabfallenden. Mit der Bewegung der Luft und der Anzahl der anwesenden Personen nimmt die Zahl der Luftbakterien zu, ein Mittel, um die Haut ganz bakterienfrei zu machen, gibt es noch nicht. *Herhold* (Hannover).

Clarke, Colin, The sterilization of skin and wounds. (Die Sterilisation von Haut und Wunden.) Journal of the roy. army med. corps Bd. **20**, Nr. 4, S. 458—461. 1913.

Nach Clarke haften der Jodtinktur als Haut- und Wunddesinfektionsmittel gewisse Nachteile an, weshalb er die Anwendung einer 2 prom. alkohol. Lösung von Sublimat empfiehlt. Diese Lösung sei gerade so wirksam wie Jodtinktur, reize aber nicht bei der Verdunstung, lasse sich für die Hände des Operateurs und für die Haut des Patienten gleich gut verwenden, führe keine Blasenbildung und Schilferung der Haut herbei, färbe nicht Kleidung und Wäsche und schmerze viel weniger auf Wunden oder entzündeten Flächen wie die Jodlösung. Bei der Wunddesinfektion komme es zur Gerinnung des Blutes und Exsudates in der Wunde und zur Schorfbildung. Die Anwendung des Mittels empfiehlt Cl. speziell auch bei Schußwunden auf dem Feld, vor Anlegung des 1. Verbandes. Zum Feldgebrauch hat er ein Hartgummifläschchen mit einem am Deckel befindlichen Pinsel angegeben, das in einer Uniformtasche leicht mitgeführt werden könne. *Gebele* (München).

Magnus, Wundbehandlung mit Zucker. (Mittelrhein. Chirurgenvereinig., Sitz. 15. II. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 15, S. 556. 1913.

Inhaltlich völlig gleich mit dem Artikel des Verf. in der Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 406 bis 408, über den im Zentralbl. f. d. ges. Chir. u. i. Grenzgeb. Bd. **1**, H. 9, S. 331 referiert wurde. In der Diskussion betonte Lexer, daß das Wesentliche der Zuckerwirkung bei der Wundbehandlung in der Steigerung der Sekretion zu suchen sei. Der Zuckergehalt eines Gewebes an sich begünstigt die Entwicklung der Bakterien; das lehren die an Diabetikern gemachten Erfahrungen. *Genewein* (München).

Instrumente, Apparate, Verbände:

Kennedy, R. S., A rough and ready field sterilizer. (Ein rasch bereiter Feld-Sterilisator.) Ind. med. gaz. Bd. **48**, Nr. 4, S. 148. 1913.

Das größte Gefäß aus einem ineinander passenden Satz gewöhnlicher Aluminiumkochgeschirre enthält Sodalösung und die zu sterilisierenden Instrumente; in ihm schwimmt der kleinste Topf, der die Verbandstoffe aufnimmt. Der verschließende Deckel wird zur Erzeugung des nötigen Dampfdruckes mit einem großen Stein beschwert und das Ganze über beliebiger Heizquelle erhitzt. Nach viertelstündigem Kochen ist der Inhalt keimfrei und die Verbandstoffe, die locker in ein Tuch eingeschlagen werden sollen, trocken. *Draudt* (Darmstadt).

Freudenberg, A., Ein elektrisches Beckendammheizkissen in Badehosenform. (*Chirurg.-urol. Priv.-Klin. von Dr. A. Freudenberg, Berlin.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 18, S. 981—982. 1913.

Bettmann, Ein fahrbarer Gipstisch. Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurg. Bd. **12**, H. 3, S. 263—265. 1913.

Von der Ansicht ausgehend, daß man doch meistens genötigt sei, seine Utensilien zum Gipsen „aus allen Ecken herbeiholen zu müssen", hat Verf. einen Gipstisch konstruiert, der in kompendiöser Form alles notwendige zum Gipsen enthält. Der Tisch ist für 135 M. bei der Firma Bernhard Schädel, Leipzig, zu haben. *Neumann* (Heidelberg).

Radiologie:

Broca et Philbert, Radiographies d'ostéomyélites. (Röntgenaufnahmen bei Osteomyelitis.) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 43, S. 693—696. 1913.

Erst nach einer gewissen Zeit, frühestens Ende der zweiten Woche machen sich röntgenologisch nachweisbare Veränderungen bemerkbar. **Für eine akute Osteomyelitis ist das Röntgenverfahren nicht verwertbar.** Das erste, was man sieht ist eine Resorption des Knochens. Die Röntgenphotographie gestattet oft multiple Herde nachzuweisen, sie sichert die Differentialdiagnose zwischen eitriger, sequestrierender, hyperostotischer Osteomyelitis, ferner die Abgrenzung von Syphilis, Tuberkulose und Neoplasmen, zeigt uns vor allem den Sitz des Herdes. Die Resorption des Knochens beginnt gewöhnlich am Ende der Diaphyse, kann aber den Ephysenknorpel überschreiten und die Epiphyse ergreifen. Auf dieses erste Stadium erfolgt meist eine Reaktion, die sich in Hyperostose und mit Knochenneubildung einhergehende Ostitis bemerkbar macht. Diese letztere ist röntgenologisch durch Verdichtung der Rindensubstanz nachweisbar, so daß ev. die Markhöhle gar nicht mehr sichtbar ist. Der Fungus zeigt eine Verwaschenheit der Struktor. Sequester sind als schwarze Schatten nachweisbar. An 11 Beispielen wird das vorstehende erläutert. *Schlesinger* (Berlin).

Schwenter, J., Über die medizinische Bedeutung der Röntgen-Momentaufnahme. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte Jg. **43**, Nr. 15, S. 449—456. 1913.

Momentaufnahmen, d. h. Rapidaufnahmen ($^1/_2$—$^1/_{100}$ Sek. mit Wechselstromapparaten von Snook u. a.) und Einzelschlagaufnahmen ($^1/_{200}$—$^1/_{400}$ Sek. mit Induktorien nach Dessauer u. a., mit Schmelzpatronen), deren physikalische und technische Grundlagen Verf. kurz entwickelt, empfehlen sich zur Darstellung physiologisch bewegter oder aus irgendwelchen Gründen unruhiger Objekte (Kinder, Unfallkranke, Tremor usw.), ferner für kinematographische Aufnahmen. Ein Nachteil besteht darin, daß meist Verstärkungsschirme nötig sind. Die Rapidaufnahme strengt die Röhre mehr an als die Einzelschlagaufnahme. *Grashey* (München).

Jaubert, L., La pratique de l'héliothérapie dans les arthrites tuberculeuses. (Anwendung der Heliotherapie bei tuberkulöser Arthritis.) Paris méd. Nr. **19**, S. 469—471. 1913.

Der Aufsatz bringt im allgemeinen nichts Neues. Aortenfehler, Herzneurosen ertragen die intensive Besonnung schlecht. Jaubert verlangt, daß tuberkulöse Knochen und Gelenkerkrankungen immobilisiert werden durch Liegen, Schienen- oder Zugverbände. Wenn sich die Kranken im Heilungsstadium bewegen dürfen, sind Schienenapparate und Kontentivverbände angezeigt. Besonders zweckmäßig ist eine Kombination der Heliotherapie mit Seebädern. *Hotz* (Würzburg).

Leriche, René, Chirurgische Gedanken über die Heliotherapie, besonders bei tuberkulösen Erkrankungen im Kindesalter. (*Chirurg. Univ.-Klin., Lyon.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **122**, H. 1/2, S. 150—154. 1913.

Deutsche Reproduktion eines in der „Presse médicale" erschienenen Artikels (1913, Nr. 21), welcher in diesem Zentralblatt Bd. 1, Heft 7, S. 247 referiert ist.

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines:

Alexander, W., Die Fortschritte der physikalischen Therapie bei Trigeminusneuralgie, einschließlich der Injektionsmethoden. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap. **17**, S. 234—249. 1913.

Bei der physikalischen Therapie der Trigeminus-Neuralgie wetteifern die konservativen Verfahren mit den neurolytischen Methoden. Auf dem ersteren Wege wird

mit der Anodengalvanisation nicht selten ein Erfolg erzielt, während die statische Elektrizität und die Applikation von Hochfrequenzströmen im allgemeinen wirkungslos bleiben. Die Thermopenetration hat hie und da vorübergehende Schmerzlinderung bewirkt, während bei Röntgenstrahlen- und Radiumemanations-Anwendung von zuverlässig verbürgten und anerkannten Dauererfolgen bisher nicht die Rede sein kann. Das gleiche gilt von der Strahlentherapie in Form des blauen und ultravioletten Lichtes. Die Massage, einschließlich der Nervenpunktmassage nach Cornelius, ist schmerzhaft, langwierig und ohne Dauerresultat. Demgegenüber feiert die Schloessersche Alkoholinjektionsmethode Triumphe, zumal durch eingehende anatomische Untersuchungen die Leitwege für die Injektionsnadel genau erforscht sind. Man hat sogar die rein chirurgische Behandlung der Gesichtsneuralgie mit der Injektionsmethode kombiniert. Statt das Ganglion Gasseri zu exstirpieren, wird dasselbe durch Trepanation freigelegt und durch Alkoholeinspritzung zerstört. Der Vorteil dieser Methode vor der Totalexstirpation beruht darauf, daß der Blutverlust minimal ist, die Operationsdauer erheblich abgekürzt wird und der erste Ast des Trigeminus, dessen Zerstörung bekanntlich leicht eine Keratitis neuroparalytica zur Folge hat, geschont wird.

Meyer (Köln a. Rh.).

Zilz, Juljan, Primäre Wangenaktinomykose. (*K. K. Truppenspit., Gyulafehérvár.*) Wien. med. Wochenschr. **63**, S. 829—834. 1913.

Verf. schildert einen Schulfall einer primären Wangenaktinomykose.

Ein 32jähriger Mann verletzte sich beim Kauen getrockneter Kürbissamen, indem sich ein Same tief in die Wangenschleimhaut einspießte. Nur mit Mühe konnte Pat. aus der blutenden Wunde Bruchstücke desselben entfernen. Nach einer Woche schwoll die Wange an und die Geschwulst erreichte allmählich Hühnereigröße, ohne Schmerzen zu verursachen. Nach ca. 6 Wochen erfolgte ein Durchbruch nach der Mundhöhle, die Geschwulst war seitdem stationär wallnußgroß. Auf der Wange fand sich eine dunkelblauviolette, wallnußgroße, von einem etwa 2 cm im Umkreise haltenden, wallartigen, bretthart indurierten, gegen die Peripherie pastösen Hof umgebene schmerzlose Schwellung. Sie betraf die ganze Dicke der Wange und hing nirgends mit dem Kiefer zusammen. Auf der Mundschleimhaut fanden sich an der entsprechenden Stelle zwei fistulöse Durchbrüche in Form von schmutziggrauen zackigen Geschwüren. Aus den Geschwüren entleerte sich auf Druck dicker, grüngelber Eiter mit reichlichen stecknadelkopfgroßen grauweißen Körnern. Exstirpation in toto, Kauterisation, Tamponade, später Röntgentiefenbestrahlung brachten Heilung. *Mettin* (Berlin).

Hirnhäute, Gehirn:

Walbaum, Hermann, Ein Beitrag zur Klarstellung des Mechanismus der Wärmeregulation beim normalen und dem durch Gehirnreizung (Wärmestich) hyperthermisch gemachten Kaninchen. (*Pharmakol. Inst., Univ. Tübingen.*) Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. **72**, H. 2, S. 153—176. 1913.

Gorrieri, Arturo, Hämatologische Untersuchungen über die Epilepsie. (*Irrenanst., Reggio Emilia.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **15**, S. 443—469. 1913.

Bei Epileptikern findet sich während des Anfalles und nach demselben eine beträchtliche Zunahme der Leukocyten. Kurz vor dem Anfalle wurde unter 8 Fällen viermal eine Leukocytose beobachtet. Meistens besteht eine mehr oder weniger starke Eosinophilie, seltener eine Mononucleose. Die Erklärung für diese Vorgänge wird in zirkulierenden toxischen Prozessen gesucht. Der Blutdruck ist im allgemeinen höher als normal, weist aber bei den verschiedenen Individuen erhebliche Schwankungen auf; auch während des Anfalles finden sich bei dem gleichen Individuum verschiedene Werte. Reziproke Beziehungen zwischen Blutdruck, Atmung und Puls bestehen nicht. Die Resistenz der roten Blutkörperchen ist während der Anfälle deutlich herabgesetzt, sonst annähernd normal. Der osmotische Druck des Blutserums ist normal. Ausführliche Tabellen *Wortmann* (Berlin).

Artamonow, A., Zur Entstehung der tuberkulösen Meningitis. (*Kinderhosp. d. hl. Olga, Moskau.*) Med. Rundschau **79**, S. 297—309. 1913. (Russisch.)

Artamonow hat die Sektionsbefunde von 218 an tuberkulöser Meningitis ge-

storbenen Kindern in übersichtliche Tabellen mit Organbefunden geordnet. In 210 Fällen lagen Veränderungen der Atmungsorgane vor, darunter 186 mit schwer affizierten Bronchialdrüsen. In 201 Fällen ist Tuberkulose der Bauchorgane notiert. (Milz 181 mal, Leber 152 mal, Mesenterialdrüsen 111 mal erkrankt.) A. schließt sich der Ansicht Boymanns an, daß die tuberkulöse Meningitis stets eine Sekundärerkrankung ist und auf hämatogenem Wege von dem primären Herde — fast stets den Atmungsorganen — aus erfolgt. Die Entstehung der Darm- usw. Tuberkulose ist an die primäre Tuberkulose der Atmungsorgane gebunden.

v. Reyher (Dorpat).

Schwartz, Theodor, Über die Meningitis serosa. Petersburg. med. Zeitschr. **38,** S. 67—71. 1913.

Nach einem Überblick über die historische Entwicklung der Lehre von der serösen Meningitis bespricht Verf. eingehend die Differentialdiagnostik dieser Affektion. Von der tuberkulösen und eitrigen Meningitis trennt sie ihr gelegentlich fieberloser Verlauf, der schnelle Wechsel der klinischen Erscheinungen, die oft so raschen Besserungen nach Lumbalpunktion trotz bestehender Nackenstarre und Somnolenz; gegenüber der Verwechslung mit einem Tumor der hinteren Schädelgrube die Flüchtigkeit der Herderscheinungen z. B. der Augenmuskellähmungen, das flüchtige Auftreten einzelner Ausfallssymptome plötzlich auf der andern Seite, der Gegensatz zwischen dem guten Allgemeinbefinden und der hochgradigen Stauungspapille, das launische Wechselspiel von Besserung und Verschlimmerung. Zu der sub- oder supratentoriellen Meningitis serosa gehören wohl auch die meisten Fälle des Nonneschen „Pseudotumor cerebri"; diagnostisch wichtig ist ferner der wandernde Charakter der serösen Meningitis (Encephalomeningitis migrans). Bei der unter dem Bilde der „rezidivierenden Pseudotumoren des Gehirns" auftretenden Meningitis serosa kann sich letztere in Zwischenräumen von 5—6—12 Jahren wiederholen. Andere Fälle erscheinen mit den Symptomen einer hypophysären Erkrankung (großer Schädel, starke Remissionen in den Kopfschmerzen, konzentrische Gesichtsfelddefekte, akromegalische Rudimente, hypophysäre Fettsucht mit Genitalatrophie). Verwechslungen laufen besonders bei der otogenen Form der Meningitis serosa mit dem Hirnabsceß unter. Das Leiden ist nicht so selten, vielleicht ist auch die Opticusatrophie beim Turmschädel die Folge einer Meningitis serosa. Ätiologisch spielen eine Rolle die bakteriellen Toxine der verschiedensten Infektionskrankheiten, Endotoxine, Trauma, Alkoholismus, Gravidität und Puerperium, schließlich kann sie auch spontan unter dem Bild einer Infektionskrankheit auftreten. Behandlung: Lumbalpunktion; Ventrikelpunktion; falls das Sehvermögen bedrohlich abnimmt Trepanation. *Henschen* (Zürich).

Edinger, Ludwig, Zur Funktion des Kleinhirns. Dtsch. med. Wochenschr. **39,** S. 633—637. 1913.

Auf Grund von Betrachtungen über vergleichende Anatomie des Kleinhirns und den Verlauf und Verbindungen seiner Bahnen, sowie der bisher bekannten experimentellen und klinischen Tatsachen kommt Edinger zum Schluß, daß der Wurm wesentlich ein Apparat für Statotonus, d. h. derjenigen Koordination der Muskelspannung ist, welche das Gehen und Stehen ermöglicht, während die Hemisphären von Rezeptionen aus den Muskeln, die dem Lagegefühl dienen, erregt werden. Deshalb dürfte man klinisch bei Vermiserkrankungen mehr die Atonie und die dadurch bewirkten Schwankungen der Bewegungen, bei Hemisphärenerkrankungen mehr die Störungen auf sensorischem Gebiete, die echte Ataxie erwarten. *Pólya* (Budapest).

Guttmann, Arthur, Die chirurgische Behandlung der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. Internat. Zentralbl. f. Ohrenheilk. u. Rhino-Laryngol. Bd. **11,** H. **4,** S. 121 bis 128. 1913.

Kurzes Sammelreferat über die Pathologie und operative Technik der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren, worin namentlich die Methoden von Krause, Borchard

und Frazier ausführlich referiert werden. Von 44 operierten Fällen starben 29 an der Operation = 70%; Todesursachen: Chok und Atemlähmung, doch darf vor einer Operation nicht zurückgeschreckt werden, da das Leiden selbst absolut tödlich ist.

Henschen (Zürich).

Hougardy, A., et O. Krémer, Un cas de tumeur du cervelet. Mort rapide après ponction lombaire. (Ein Fall von Kleinhirngeschwulst. Plötzlicher Tod infolge Lumbalpunktion.) Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège Jg. **52**, S. 38—42. 1913.

Bei einem 46jährigen sehr starken Manne wurden Erscheinungen einer Gehirngeschwulst konstatiert. Behufs Ergänzung der Diagnose Lumbalpunktion in Seitenlage; es wurde 10 ccm Cerebrospinalflüssigkeit abgelassen. Nach 2 Stunden, während welcher Zeit Patient die Seitenlage beibehielt, erhob er sich um zu urinieren, worauf er in einigen Minuten zwischen Erstickungserscheinungen verschied. Die Obduktion ergab ein nußgroßes Angiosarkom.

v. Lobmayer (Budapest).

Hypophyse:

Polvani, Federico, Studio anatomico della glandola pineale umana. (Anatomische Studie über die Zirbeldrüse des Menschen.) (*Manicomio prov. di Genova.*) Rass. di studi psichiatr. Bd. **3**, Nr. 1, S. 3—5. 1913.

Aus Untersuchungen an einer großen Menge von Leichen zieht der Verf. folgende Schlüsse über Anatomie und Physiologie der Zirbeldrüse: Sie kann als röhrenförmiges Divertikel, bestehend aus einer einzigen Lage von Zylinderzellen, auftreten (bei Fischen) oder als Parietalauge (Reptilien) oder als Drüse (Amphibien, Vögel, Säuger). Die Zirbeldrüse der letzteren ist homolog dem Organ der Fische, nicht dem der Reptilien. Das obere Blatt der Tela chorioidea bedeckt die Drüse wie eine Serosa und läßt nur die zwei vorderen Drittel der oberen Fläche frei. In histologischer Beziehung ist besonders hervorzuheben, daß sich im Bett der Zirbeldrüse Häufchen von Parenchymzellen (Nuclei parapinealis) embryonalen Charakters vorfinden. Das Parenchym der Drüse ist zusammengesetzt aus spezifischen Zellen mit allen Zeichen der Sekretion, aus Zellen mit baso- und azidophilen, sowie lipoiden Granulis. Involutionsvorgänge in der Drüse treten beim Weib mit der Menopause auf und überdauern beim Mann die sexuellen Funktionen. Die Zirbeldrüse ist eine Drüse mit innerer Sekretion, die wahrscheinlich die Wirkung der inneren Sekretion der Keimdrüsen reguliert. *Streißler* (Graz).

Cushing, Harvey, Concerning the symptomatic differentiation between disorders of the two lobes of the pituitary body. With notes on a syndrome accredited to hyperplasia of the anterior and secretory stasis or insufficiency of the posterior lobe. (Über den klinischen Unterschied zwischen den funktionellen Störungen beider Lappen der Hypophyse mit Bemerkungen über ein Syndrom, das auf Hypoplasie des Vorderlappens und Sekretstauung oder Insuffizienz des Hinterlappens zurückzuführen ist.) Americ. journal of the med. sciences **145**, S. 313—328. 1913.

Verf. bespricht die funktionellen Störungen der Hypophysis, welche heutzutage zu unterscheiden sind in solche des Vorderlappens und solche des Hinterlappens der Drüse. Verf. betrachtet heute nur den Vorderlappen als Drüse mit innerer Sekretion, der sein Sekret ins Blut abgibt, während der Hinterlappen eigentlich eine Drüse mit äußerer Sekretion darstellt, indem er sein Sekret in den Liquor cerebrospinalis abgibt. Der Vorderlappen gibt ein Hormon ab, welches das Wachstum beschleunigt, der Hinterlappen hat mehr mit dem Stoffwechsel zu tun, namentlich mit der Assimilation von Kohlehydraten: Hyposekretion beider Lappen hat ein hypophyseales „Myxödem“ zur Folge (Fröhlich), Hypersekretion erzeugt entgegengesetzte Erscheinungen (Marie). Verf. fand nun klinisch eine 3. Form der funktionellen Hypophysiserkrankungen, welche an eine Hypofunktion des einen und eine Hypofunktion des anderen Lappens denken lassen. Verf. unterscheidet klinisch

1. das Syndrom der Akromegalie, welches in einer Hypertrophie beider Lappen besteht, im Anfangsstadium; im Spätstadium ist eine Tendenz zur Degeneration vorhanden, welche eine verminderte Funktion beider Lappen zur Folge haben kann, es können dann Symptome beider Zustände nebeneinander vorhanden sein. Es verhält sich also die Hypophysis bei Akromegalie genau wie die Schilddrüse bei Basedow, wie A. Kocher nachwies. 2. Das Syndrom der Dystrophia adiposogenitalis, welches eine chronische Unterfunktion beider Lappen der Hypophyse darstellt. 3. Das Syndrom des vermehrten Wachstums mit Fettleibigkeit, von Hypofunktion des Vorderlappens und verminderter des Hinterlappens herrührend. Verf. führt für das letztere Krankheitsbild 3 Fälle an. Sie zeigen vermehrtes Körperwachstum, gewisse Hautveränderungen, Hypertrichosis, als Zeichen der Hypofunktion des Vorderlappens, Fettleibigkeit, erhöhte Assimilationsgrenze für Kohlehydrate, trockene Haut, verminderten Puls und Temperatur als Zeichen der Hypofunktion des Hinterlappens. Dabei zeigen diese Fälle keine Erweiterung der Sella turcica. Verf. fand sie bei Hirntumoren und -cysten, welche fern von der Hypophyse lagen und nimmt für den Hinterlappen eine Behinderung seines Sekretabflusses in die Cerebrospinalflüssigkeit infolge des Hydrocephalus internus an. *Kocher* (Bern).

Sweet, Joshua Edwin, and Alfred Reginald Allen, The effect of the removal of the hypophysis in the dog. (Die Folgen der Hypophysenentfernung am Hunde.) Ann. of surg. Bd. **57**, Nr. **4**, S. 485—491. 1913.

In der Frage der Lebenswichtigkeit der Hypophyse sind die Forscher noch immer in zwei getrennte Lager geschieden; und doch ist diese Frage von der größten Wichtigkeit für den Chirurgen. An 22 erwachsenen Hunden wurde temporal, nach Resektion des Jochbogens und des Processus coronoides mandibulae, durch eine relativ kleine Trepanationsöffnung mit einer besonderen Zange die Hypophyse entfernt, meist in 2 Stücken, Vorder- und Hinterlappen getrennt; das Verfahren sei schonender für das Gehirn als die breite Freilegung nach Paulesco-Cushing. Während die meisten Tiere im Laufe des ersten Monates an verschiedenen Ursachen zugrunde gingen, überlebten 5 Hunde monatelang die Operation. Kein Tier zeigte unmittelbare Folgeerscheinungen. Eine mikroskopisch vollständige Entfernung der Hypophyse ist ebenso unmöglich, wie beim Pankreas, der Schilddrüse usw., doch glauben die Verff., daß vom physiologischen Standpunkt zum Studium der Ausfallserscheinungen die Entfernung genüge. Auf Serienschnitten durch die angrenzenden Hirnteile wurden fast immer noch Hypophysenzellen gefunden; trotzdem konnte die Hodenatrophie sehr ausgesprochen sein. (Keilbein: Hypophysengang, Rachendachhypophyse! wurden nicht untersucht. Ref.) — Als Folgen fanden sich nun: 1. konstant eine Hyperämie des Pankreas, ohne mikroskopische Veränderungen, „wie auf der Höhe der Verdauung"; 2. fast konstant eine deutliche Hodenatrophie mit Verlust der Spermatogenese; diese muß sehr schnell eintreten, denn sie fand sich schon nach 14 Tagen bei 2 Tieren deutlich ausgeprägt; bei einem anderen Tiere waren die anfangs bei der Palpation deutlich atrophischen Hoden 7 Monate später wieder normal: hier fand sich dann auch ein ziemlich großer Drüsenrest; doch entsprachen sich Drüsenrest und Hodenatrophie sonst gar nicht. 3. fand sich bei den länger die Operation überlebenden Tieren eine deutliche Gewichtszunahme, die aber wegen ihres späten Auftretens vielleicht sekundär eine Folge der Hodenatrophie sein könnte. Stoffwechseluntersuchungen wurden nicht ausgeführt. Bei 3 nach mehreren Monaten sezierten Hunden fand sich in der Schilddrüse Colloidzunahme mit Abplattung der Drüsenzellen. Die Verff. schließen aus ihren Untersuchungen, daß die Hypophyse nicht notwendig ist zum Leben, daher ohne Lebensgefahr entfernt werden kann. Sie empfehlen auch für die Operation am Menschen die intrakranielle Methode, wie sie von Frazier ausgearbeitet ist, als die anatomisch und chirurgisch-technisch korrekteste. *Tölken* (Zwickau).

Lenormant, Ch., L'état actuel de la chirurgie de l'hypophyse. (Der gegenwärtige Stand der Hypophysenchirurgie.) Presse méd. Jg. **21,** Nr. **30,** S. 298 bis 300. 1913.

Kritisches Referat, vornehmlich der drei, Ende 1912 erschienenen, ausführlichen Arbeiten der führenden Chirurgen auf diesem Gebiete: Cushing, Hirsch und v. Eiselsberg, die allein 83 Hypophysentumoren operierten (Horsleys Operationen sind noch nicht veröffentlicht). In der französischen Literatur fand Lenormant nur drei Arbeiten über diesen Gegenstand, mit nur einem bisher in Frankreich operierten Fall (Lecène 1909), der einen vollständigen Mißerfolg darstellt (Tod nach 36 Tagen ohne die geringste Besserung). Die Resultate sind keineswegs glänzend. Die Hypophysektomie auf dem fast ausschließlich angewandten nasalen Wege hat den Hauptfehler, stets eine unvollständige Operation zu sein, besitzt daher nur einen palliativen und keinen Heilwert; die Mortalität ist selbst in den geübtesten Händen sehr hoch (v. Eiselsberg 25%, Hirsch und Cushing 12%). Die Heilerfolge sind unsicher, meist unvollständig, oft nur vorübergehend; gebessert werden vorwiegend die Symptome der intrakraniellen Drucksteigerung, was wohl durch eine einfache Dekompressiv-Trepanation ebenso gut erreicht werden könnte (von Cushing auch mehrfach angewandt). Selbst der erfahrenste Operateur, Cushing, meint, daß die Hypophysektomie in Zukunft wahrscheinlich anderen Heilmethoden, der Radiotherapie oder Organotherapie werde weichen müssen. *Tölken* (Zwickau).

Auge:

Weekers, L., Le traitement du ptosis congénital par la suppléance du muscle droit supérieur au muscle releveur de la paupière (opération de Motais). (Die Behandlung der congenitalen Ptosis mittels Ersatz des Levator palpebrae superioris durch den Rectus superior [Motaissches Verfahren].) Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège Jg. **52,** S. 43—46. 1913.

Bericht über einen Fall mit gutem kosmetischen und funktionellen Erfolg. Es wurde den Angaben von Motais gemäß ein zungenförmiger Teil des Rectus sup. losgelöst und an das obere Augenlid zwischen Haut und Tarsus befestigt. *Pólya* (Budapest).

Nase:

Nicolai, Vittorio, Sviluppo dei seni annessi alla cavità nasale. (Entwicklung der Nebenhöhlen der Nase.) Arch. ital. di otol., rinol. e laringol. **24,** S. 89—103. 28 Taf. 1913.

An Hand von 28 Tafeln wird die Entwicklung der Nebenhöhlen der Nase vom 1. bis 24. Jahr dargestellt. Zu diesem Zweck wurde das Schädelskelett durch 3 Vertikal-, 2 Horizontal- und 2 Sagittalschnitte in verschiedene Flächenbilder zerlegt, auf denen die Nebenhöhlen eingetragen sind. *Naegeli* (Zürich).

Garrel et Gignoux, Corrections des difformités du nez par opérations intranasales et inclusions prothétiques. (Korrektionen der Deformitäten der Nase durch intranasale Operationen und Einlegen von Prothesen.) Lyon méd. Bd. **120,** Nr. **14,** S. 733—736. 1913.

In Frankreich hat Molinié ebenso wie in Deutschland Joseph bei der intranasalen Korrektur der Nasendeformitäten gute Resultate gehabt, eine Methode, die ohne äußere Narbe einen leichten Zugang zu dem ganzen Skelett der Nase gibt. Die leichten Konkavitäten des Nasenrückens werden am besten mit Paraffininjektionen behandelt, bei geringen Deformitäten haben die Verff. gute Resultate damit erzielt. Bei stärker ausgebildeten Sattelnasen muß man zu Prothesen oder Knochen-Knorpel-Transplantationen greifen; so haben sie auch bei einem 20jährigen Mann mit einer seit Kindheit bestehenden traumatischen Sattelnase den Rücken von einem Sporn des Septums, den sie abmeißelten und durch eine andere intranasale Incision an seinen neuen Platz setzten, genommen. Molinié verwendet Aluminium, dem man leicht dank seiner Schmiegsamkeit die gewünschten Dimensionen und Formen geben kann; Garrel und Gignoux selber erwähnen auch einen solchen Fall, bei dem zuerst nach Bildung

eines Abcesses das Metallstück entfernt werden mußte, später aber heilte es bei der von Joseph vorgeschlagenen Technik reaktionslos ein. *Valentin* (Berlin).

Ohr:

Patterson, Norman, Case of epithelioma of the auricle and cervical glands; removal of auricle and glands. (Epitheliom der Ohrmuschel mit Halsdrüsen: Entfernung von Ohrmuschel und Drüsen.) Lancet **184,** S. 962—963. 1913.

61 jähriger Patient hatte ein nicht ulceriertes Cancroid der Ohrmuschel über und hinter der äußeren Gehörgangsöffnung, ferner Drüsenmetastasen im oberen Teil des vorderen Halsdreiecks und unter dem M. sterno-cleido-mastoideus. Es wurde zuerst der Tumor im Zusammenhang entfernt und darauf, um die Gefahr der Jugularisverletzung zu vermindern, eine Freilegung und Tamponade des Sinus lateralis vorgenommen. Dazu wurde ein Hautschnitt, ähnlich dem zur Freilegung des Processus mastoideus, gemacht. Das Periost wurde vom oberen Teil des Processus mastoideus abgeschoben und mit Hammer und Meißel der Schädel ca. 2 cm hinter dem äußeren Gehörgang eröffnet. Sobald der Sinus freigelegt, wurde die Öffnung nach hinten und oben erweitert und darauf der Sinus tamponiert. Vom unteren Ende der Wunde wurde nun ein Schnitt entlang dem M. sterno-cleidmastoideus gemacht und die Vena jugularis interna zwischen zwei Ligaturen unterbunden. Darauf Entfernung des ganzen Drüsenpakets. Patterson empfiehlt die präliminare Freilegung und Tamponade des Sinus überall dort, wo erheblichere Verwachsungen zwischen oberem Teil der V. jugularis interna und Drüsen vorhanden sind. Die Gefahr dieses Eingriffs ist minimal, und man kann mit großer Sicherheit, ohne eine stärkere Blutung befürchten zu müssen, die Operation zu Ende führen. In Verbindung mit einer temporären Abklemmung der Carotis ist die Operation fast vollkommen blutlos. *Schlesinger* (Berlin).

Mund:

Goris, Sur un cas d'adamantinome du maxillaire inférieur. Présentation de l'opérée, de la tumeur et de la préparation microscopique. (Ein Fall von Adamantimon des Unterkiefers. Vorstellung der Operierten, des Tumors und der mikroskopischen Präparate.) Ann. de l'inst. chirurg. de Bruxelles Jg. **20,** Nr. 4, S. 76—78. 1913.

Bei der 37 jährigen Patientin wurde ein seit sechs Jahren beobachtetes großes Adamantinom des Unterkiefers entfernt, das die ganze Kinnlade teils solid, teils cystisch umgewandelt hatte. Mikroskopisch fanden sich vom Schmelzorgan ausgehende solide Epithelhaufen und aus diesen hervorgegangene Cysten. Die Geschwulst ist zweifellos von Zahnkeimen abzuleiten. 4 Photogramme. *Schmidt* (Würzburg).

Zilz, Juljan, Aktinomykose und Sporotrichose der Mundhöhle. (Studien über ihre klinischen Bilder sowie ihre pathologische Anatomie.) Dtsch. Zahnheilk. in Vortr. H. **30,** S. 3—71. 1913.

Die Arbeit enthält 3 Fälle von Aktinomykose der Mundhöhle, deren Krankengeschichten ausführlich mit allen Untersuchungen referiert sind und am Schluß mit epikritischen Bemerkungen in jedem Falle versehen sind.

I. Aktinomykotische Periodonitis, ausgehend vom ersten Molarzahn mit fistulösem Durchbruch nach außen. Heilung nach 5 Wochen nach Extraktion des Zahnes und Auskratzung. Nach 4 Monaten erneute Erkrankung mit hohen Temperaturen, sowie den Begleitsymptomen einer akuten Infektion. Es bilden sich auf der Haut derbe kleine Knötchen, die verschwinden. Nach weiteren 10 Wochen Sporotrichose, die vom ursprünglichen Herde am Unterkiefer ausgeht, sich über den ganzen Körper verbreitet, charakterisiert durch die für Sporotrichose spezifischen Ulcerationen, auffallenderweise ohne Beteiligung der Lymphdrüsen — Lymphangitis sporotrichotica gummosa. Der Prozeß ging aus von der aktinomykotischen Narbe als dem Locus minoris resistentiae, um sich dann auf hämatogenem Wege über den ganzen Körper zu verbreiten. Ob beide Infektionen gleichzeitig auftraten, die Sporotrichose nur länger zur Entwicklung brauchte, ist Verf. nach seinen Untersuchungen nicht in der Lage endgültig zu entscheiden. II. Aktinomyces im Zahnwurzelgranulom mit peripherer, sekundärer Unterkieferaktinomykose, ausgehend von der Wurzelspitze des Dens caninus im rechten Unterkiefer. Demgemäß Schleimhautaufklappung durch 5 cm langen Bogenschnitt, Bildung eines Schleimhautperiostlappens. Aushebung eines haselnußgroßen Herdes. Tamponade mit Nowojodingaze. Auskratzung des Granulationsgewebes in der Wangentasche. Daß der Ausgang wirklich dieser Zahn, beweist der klinische Verlauf, der objektive Befund, die mikroskopische Untersuchung. III. Caries actinomycotica mandibularis, eine insofern verhältnismäßig seltene Form, als sich für gewöhnlich die menschliche Form parostal entwickelt. Nach Entfernung des Knochensequesters lagen in diesem die Drüsen in den Markräumen, Knochenbalken und

-körperchen umspinnend und in ihrer Struktur auflösend. Auffallend ist außerdem, daß im Zentrum der Cysten ein Konglomerat von Pflanzenzellen lag. Verf. sieht hierin den Beweis, daß die Pilze durch die Schleimhaut mit ihren Wirten direkt in den Knochen eindrangen, nicht durch cariöse Zähne. *Coste* (Magdeburg).

Réthi, Aurelius, Die Bekämpfung der Nachblutung bei den chirurgischen Eingriffen der Tonsillen und des Kehlkopfes. (*K. ungar. Univ.-Klin. f. Nasen- u. Kehlkopfkrankh., Budapest.*) Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. **27**, S. 357—361. 1913.

Bei Blutungen nach Operationen an den Mandeln ist das Zusammennähen der Gaumenbögen über die Wundfläche, auch mit großen Michelklammern, nicht immer ausreichend. R. empfiehlt daher die Umstechung der ganzen Wunde durch die Gaumenbögen hindurch mit 3—4 Nähten mittels langstieliger Reverdinscher Nadeln. Die Fäden müssen sehr lang und beide Enden gleich lang sein. An der Nadelspitze werden nach dem Durchstechen die Fäden getrennt. Die hinteren Enden je eines Fadens aus zwei benachbarten Stichkanälen werden miteinander verknüpft und zwar vor dem Munde. Dann werden die Fäden an den vorderen Enden angezogen, bis der Knoten dem hinteren Gaumenbogen fest anliegt. Die vorderen Enden der Fäden werden, weil sie sich in der Tiefe schlecht knüpfen lassen, durch eine über sie geschobene Plombe unmittelbar vor dem vorderen Gaumenbogen festgehalten, so daß das Gewebe dazwischen wirklich zusammengepreßt wird. Bei den zuletzt noch freien Fäden im ersten und letzten Stichkanal wird vorderes und hinteres Ende durch denselben Plombenverschluß vereinigt. Das Instrumentarium ist zu haben bei Détert-Berlin. — Auf gleiche Weise werden Blutungen im Kehlkopf gestillt. Statt der Reverdinschen Nadeln nimmt man ein von Horsford angegebenes Nähinstrument, zur Fadenvereinigung die Plomben wie oben. Die Nähte können bei direkter Laryngoskopie, aber auch mit Hilfe des Spiegels gelegt werden. *Paetzold* (Berlin).

Wirbelsäule:

Joseph, Barnet, A study of merorachischisis (spina bifida occulta). (Über Merorachischisis [Spina bifida occulta].) (*Coll. of med., univ. of Vermont.*) Americ. journal of dis. of childr. Bd. **5**, Nr. 4, S. 285—296. 1913.

Kurze Beschreibung von Spaltbildungen des Atlas, des 3. und 4. Halswirbels, des 5. Lendenwirbels und des 1. Sakralsegmentes. *Gümbel* (Bernau).

Little, E. Muirhead, Some recent advances in the treatment of scoliosis. (Einige neue Fortschritte in der Behandlung der Skoliose.) Clin. journal **41**, S. 369 bis 373. 1913.

Verf. empfiehlt die von Abbot angegebene Behandlung der Skoliose. Bei dieser werden die Patienten auf einem Rahmen ausgespannt, durch Lagerung und Bandzüge in die gewünschte Lage gebracht und hinterher wird ihnen eine Pflasterjacke angelegt. In diese werden an der konkaven Seite Fenster eingeschnitten. Die Zugbänder werden abgeschnitten und bleiben unter dem Pflaster liegen. Der Brustkorb dehnt sich nun bei der Atmung, die recht tief geübt werden soll, nach den Fenstern hin aus. Auf diese Weise kommt ein Zurückbiegen der Wirbelsäule und der Rippen in die normale Stellung zustande. Die Pflasterjacke wird nach Bedarf alle 4—8 Wochen bis zur völligen Korrektur der Verbiegungen erneuert. *Hinz* (Berlin).

Calot, F., et J. Privat, La méthode d'Abbot ou le traitement des vieilles scolioses. (Die Methode Abbots oder die Behandlung der alten Skoliosen.) Paris méd. Nr. 21, S. 500—511. 1913.

Unter Verwendung der ihnen von Abbott überlassenen Originalklischees geben Verff. eine Übersicht über dessen Methode der Korrektur alter Skoliosen. Das Eigenartige der Methode besteht darin, daß die Umkrümmung der Skoliose in Flexion des Rumpfes ausgeführt wird; dabei wird die in Streckstellung vorhandene Verzahnung der Wirbel aufgehoben. Definitive Korrekturen von Deformitäten können, das gilt auch für die Skoliose, nur durch Umwandlung in eine entgegengesetzte Deformität erzielt werden; es ist also Überkorrektur nötig. Die Technik der Einstellung der Wirbelsäule in Überkorrektur und die Anlegung des Gipsverbandes wird nunmehr geschildert, wobei sich die Verff. in allen Details an die Mitteilungen Abbotts halten. (Siehe Verhandl. der Deutschen orthopädischen Gesellschaft. XII. Kongreß 1913.) Um die erreichte Überkorrektur aufrechtzuerhalten, muß nach

Abnahme des 2—3 Monate liegenden Gipsverbandes ein halbes Jahr lang ein in Überkorrektur hergestelltes Celluloidkorsett Tag und Nacht getragen werden. Dieses wird zweimal täglich zum Zwecke der Ausführung geeigneter gymnastischer Übungen abgelegt und kann nach einem Jahr definitiv fortgelassen werden, womit die Behandlung beendigt ist. Das erzielte Resultat ist ein Dauerresultat, wenn es sich nicht um eine statische Skoliose handelte. Zu der Frage, welche Fälle sich für die Behandlung nach Abbott eignen, äußern sich die Verff. dahin, daß nur ältere Skoliosen III. Grades in Frage kommen; für die anderen Fälle genügen die bisher üblichen Maßnahmen. Daß auch bei den geeigneten Fällen Fehlresultate vorkommen, ist nicht zu leugnen. *Peltesohn* (Berlin).

Vulpius, Oskar, Die neue Verbandbehandlung der Skoliose nach Abbott. (*Prof. Dr. Vulpiussche orthop.-chirurg. Heilanst., Heidelberg.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 15, S. 695—699. 1913.

Mit der vorliegenden Veröffentlichung gibt Vulpius, nachdem er sich durch eigene Anschauung bei Abbott in Portland und durch Erfahrungen bei 25 eigenen Fällen von der Wirksamkeit der Methode sowie auch von den zahlreichen Schwierigkeiten derselben überzeugt hat, eine ausführliche Beschreibung der Skoliosenbehandlung nach Abbott mit zahlreichen Abbildungen, um die Kollegen möglichst schnell in den Stand zu setzen, das neue Verfahren aufzunehmen, das seines Erachtens neue und unerwartete Perspektiven für die Skoliosenheilung erschließt. — Abbott verfolgt bekanntlich bei seiner Behandlung der Skoliose das Prinzip, zu ihrer Heilung denselben Weg einzuschlagen, der zu ihrer Ausbildung geführt hat. Demnach muß der Gipsverband seiner Theorie über die Entstehung der Skoliose gemäß die Wirbelsäule in Kyphose und Überkorrektur der seitlichen Biegung, sowie unter Rückwärtsdrängung der freibleibenden konkavseitigen Rückenfläche fixieren. Die Anlegung eines korrekten Verbandes ist ohne den Abbottschen Lagerungstisch nicht möglich. Eingehende Beschreibung des Tisches, der Lagerungs- und Verbandtechnik mit mehreren Abbildungen. Die Nachbehandlung ist sehr sorgfältig durchzuführen und für die Erreichung des Zieles sehr wichtig; sie besteht in Verhütung von Dekubitus, in leichten gymnastischen Übungen zur Kräftigung der Rückenmuskulatur und vor allem in täglich mehrmals wiederholter Atmungsgymnastik, um die Entfaltung des Brustkorbes zu beschleunigen. Die beginnende Umkrümmung und Rückdrehung der Wirbelsäule wird durch nach Bedarf in den Verband eingeschobene Polster gefördert und verstärkt. Die Verbände werden je nach Erfordernis in Zwischenräumen von einigen Wochen oder Monaten gewechselt. Die Dauer der Gipsverbandbehandlung richtet sich nach dem einzelnen Fall (mehrere Wochen bis 8 Monate) und soll bis zur Umformung und Fixation der Wirbelsäule in Korrekturstellung durchgeführt werden. Während der ersten Zeit nach definitiver Entfernung des Gipsverbandes empfiehlt sich, ein Stützkorsett tragen zu lassen. *Reinhardt.*

Albee, Fred H., Knochentransplantation bei tuberkulöser Spondylitis. (2. Artikel der deutsch-amerikanischen Austauschserie.) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. **31,** H. 3/4, S. 460—479. 1913.

Zur Nachahmung der natürlichen Heilungsvorgänge des Pottschen Buckels wendet Albee eine Operationsmethode an, durch welche die erkrankten Wirbel unter sich und mit ihren gesunden Nachbaren künstlich fixiert werden. Er benutzt zur Ruhigstellung einen Knochenspan, der in die gespaltenen Dornfortsätze implantiert wird und somit in gesundes, für eine Einheilung sehr geeignetes Gewebe zu liegen kommt. Die tuberkulösen Herde werden nicht entfernt, sie bilden sich ohne weitere Behandlung von selbst zurück.

Sein Verfahren besteht kurz darin, daß nach Längsincision der Haut und Fascie über der Buckelbildung bis in das Gesunde hinein alle Dornfortsätze genau in der Medianlinie mit Hammer und Meißel halbiert und die interspinalen Ligamente unter Schonung aller Bänder und Muskelsansätze gespalten werden. Durch Umlegen der osteotomierten Prozessus spinosi

nach einer Seite wird ein rinnenförmiges Bett geschaffen, in das ein aus der Tibia entnommener prismatischer Knochenspan eingepaßt wird. Seine Länge variiert je nach der Zahl der zu stützenden Wirbel zwischen 8 und 15 cm, bei 1—1½ cm Breite und ½—1 cm Dicke. Um ihn bei starkem Gibbus besser anbiegen zu können, empfiehlt es sich, ihn mehrfach in einer Entfernung von ¼—¾ cm leicht einzusägen. Es folgt exakte Naht der gespaltenen Ligamente über den nach Art eines Bogens gespannten Knochenspan.

Kurze Zeit nach der Operation macht sich die streckende Wirkung des Spanes schon bemerkbar. Die Schmerzen und alle sonstigen Symptome lassen nach, das Allgemeinbefinden hebt sich und die Deformität bildet sich überraschend zurück. Nach 5—12 wöchentlicher Rückenlage auf einem konvexen „Gasröhrenrahmen" konnten die Kranken aufstehen, im Freien baden und ihrer zum Teil schweren Arbeit wieder nachgehen. Stützapparate oder Korsette waren nicht weiter erforderlich. Radiologische und histologische Nachuntersuchungen ergaben, daß alle implantierten Knochenspäne ebenso wie im Tierexperiment fest mit den Dornfortsätzen verschmolzen waren. Operiert wurden 50 Fälle im Alter von 2—51 Jahren ohne einen Todesfall. Darunter befanden sich 4—5 komplette Paraplegien, 4 kalte Abscesse und 4 mal schwerer spitzwinkliger Gibbus. Der Vorzug dieser Methode liegt hauptsächlich darin, daß die Fixation sich nur auf die erkrankten Wirbel erstreckt. Die Funktion der übrigen Wirbelsäule und der Atmung wird daher nicht beeinträchtigt. *Duncker* (Köln a. Rh.).

Siredey, A., de Jong et Million, Spondylite typhoïdique. (Spondylitis typhosa.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **29,** Nr. **11,** S. 680 bis 686. 1913.

Bisher sind etwa 100 Fälle in der Gesamtliteratur beschrieben. Verff. publizieren einen weiteren kasuistisch:

Leichter Typhus abdominalis mit deutlichen Roseolen, typischer Fieberkurve, Abgeschlagenheit und Delirien. Am 18. Tage plötzlich Schmerzen im Kreuz, hauptsächlich links, die bis zum Knie ausstrahlen. Die Kranke steht trotzdem am 20. Tage auf, muß sich jedoch bald wieder legen wegen unerträglicher Schmerzen, besonders beim Sitzen. Die Beschwerden nehmen zu: Spasmen und gesteigerte Reflexe, Urinverhaltung und schwerste Obstipation; heftige Schmerzen in der Lendenwirbelsäule, ausstrahlend entlang den großen Ästen des Plexus lumbalis und sacralis. Eine Röntgenaufnahme ergibt verwaschene Konturen am linken Rande des 2.—4. Lendenwirbels. — Salicyl- und Morphiumgaben gegen die Schmerzen, lokal Collargoleinreibungen, innerlich Jodkali. Heilung in 3 Monaten. — Auffallend sind die schweren Erscheinungen von seiten der Blase und des Mastdarms. Verff. erklären den günstigen und schnellen Verlauf für einen Erfolg der beschriebenen Therapie. *Magnus* (Marburg).

Favre, M., et L. Bovier, Sur un cas de spondylite typhique. (Ein Fall von Spondylitis bei Typhus.) Lyon méd. Bd. **120,** Nr. 15, S. 777—781. 1913.

Verf. teilt einen klassischen Fall mit, bei dem zunächst alle typischen Erscheinungen des Typhus abdominalis vorhanden waren. Etwa 1½ Monat nach der Krankenhausaufnahme stellten sich sehr heftige Beschwerden am Übergang der Lendenwirbelsäule zum Kreuzbein hin ein. Störungen der Sphincter wurden für kurze Zeit verzeichnet. Sehr schnelle, brüske Heilung. In einem Absceß wurden Eberthsche Bacillen nachgewiesen. Eine Röntgenaufnahme wurde nicht gemacht. Sonst allbekannte Beschreibung. *Grune* (Cöln).

Rückenmark, peripherisches, sympathisches Nervensystem:

Fischer, Louis, Lumbar puncture, an aid to diagnosis. Its value in relieving convulsions. (Die Lumbalpunktion ein diagnostisches Hilfsmittel. Ihr Wert bei krampfartigen Zuständen.) Arch. of pediatr. **30,** S. 131—133. 1913.

Fischer gibt eine kurze Anleitung der Lumbalpunktionstechnik. Er hält die Lumbalpunktion für alle im Kindesalter vorkommenden krampfartigen Zustände indiziert.

v. Lobmayer (Budapest).

Mayesima, J., Ein durch die Foerstersche Operation erfolgreich behandelter Fall von Erythromelalgie. (*Kais. chirurg. Univ.-Klin., Kyoto, Jap.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **122,** H. 1/2, S. 81—89. 1913.

24 Jahre altes Mädchen. Hyperästhesie des linken Ringfingers. Bläuliche Schwellung der linken 4. Zehe, unförmige Schwellung des ganzen rechten Fußes und Unterschenkels bis über die Knöchel. Zehenhaut trocken, verdickt; Nägel rissig, gekrümmt. Knochen und Gelenke intakt. Dauernd quälende Schmerzen. Anfallsweise Zunahme der objektiven und subjektiven

Erscheinungen. 2 Jahre nach Beginn der Krankheit beiderseits Resektion der hinteren 4. und 5. Lumbal-, 1. und 2. Sakralwurzel. Darnach links keine Schmerzen, rechts nicht ganz frei von Schmerzen, auch Ödem des rechten Fußrückens und Cyanose der Haut nicht ganz geschwunden. Rechts Unterschenkel und Fuß vollständig anästhetisch, links Sensibilität stark herabgesetzt. Die resecierten Wurzelstücke sind mikroskopisch normal. *Gümbel* (Bernau).

Merzbacher, L., und Mariano R. Castex, Über ein sehr großes multilobuläres Fibrom im Cervicalmark. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Buenos Aires.*) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **46,** S. 146—157. 1913.

55jähriger Mann, bei welchem innerhalb 18 Jahren die im Titel der Arbeit erwähnte Geschwulst entstand. Die Erscheinungen bestanden in brettharter Spannung der Hals- und Bauchmuskulatur, sowie in Krallenstellung der Hände, Atrophie des Thenar, Hypothenar und der Interossei, Atrophie sämtlicher Muskeln der Hand und des Vorderarms, vor allem der Extensoren. Die Motilität war völlig aufgehoben. An der unteren Extremität vollständige doppelseitige Lähmung in Streckstellung. Sämtliche Reflexe vorhanden. In der Anamnese Lues. W. R. negativ. Quecksilber, Jod, Arsenkur erfolglos. Tod infolge Lungenentzündung. Bei der Leicheneröffnung fand man drei dattelförmige, harte, mit glatter Oberfläche das Rückenmark drückende Gebilde. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Fibrom. Es sind dies die größten bisher beschriebenen fibrösen, intrameningealen Tumoren, deren langsames, 18jähriges Wachstum bisher in der Literatur einzig dasteht. Die Geschwulst verursachte subjektiv wenig Schmerzen, jedoch Muskelatrophien in höherem Maße. *v. Lobmayer* (Budapest).

Hals.

Allgemeines:

Morelle, A., Opération plastique pour cicatrice vicieuse du cou. (Plastische Operation bei Narbencontractur des Halses.) Ann. de l'inst. chirurg. de Bruxelles Jg. **20,** Nr. 4, S. 65—71. 1913.

Bei einem jungen Mann mit ausgedehnter Verbrennung des ganzen Körpers bestand unter anderem nach erfolgter Vernarbung ein breiter, sehr harter Narbenstrang, der das Kinn so stark gegen das Sternum zog, daß das Schließen des Mundes nur mit Mühe und nur durch Vorwärtsneigen des Kopfes möglich war. Der Hals war ganz von Narbenmassen eingenommen. Morelle benutzte nun zur Beseitigung dieser sehr störenden Contractur ein Verfahren, das von Berger zuerst angegeben ist; man verwendet bei dieser Plastik die Haut über einem oder beiden Schulterblättern und schlägt sie dann wie eine Krawatte nach vorn um, der Stiel dieser Lappen befindet sich hinten in der Gegend des VII. Halswirbels. Im vorliegenden Fall wurde ein linker größerer und kleinerer rechter Lappen gebildet, die dann vorn am Hals aneinandergenäht wurden. Das erzielte Resultat war ein gutes, da das Schließen des Mundes möglich wurde und Bewegungen des Kopfes gut ausgeführt werden konnten. *Valentin* (Berlin).

Bankart, A. S. Blundell, The technique of excision of cervical ribs. (Die Technik der Exstirpation von Halsrippen.) Lancet **184,** S. 962. 1913.

33jähriger Patient litt infolge rechtsseitiger Halsrippe an Schmerzen in der rechten Schulter und rechtem Arm. Bei einer früheren Operation war ein transversaler Schnitt gemacht und ein Stück, die Spitze der Halsrippe, fortgenommen worden. Danach Verschlimmerung der Beschwerden. Es wurde nun ein Schnitt seitlich und parallel der Processus spinosi gemacht, dessen Mitte gegenüber dem 7. Halswirbel lag. Der Trapezius wurde gespalten und nach auswärts gezogen und nach Freilegung der tiefen Halsmuskeln die Halsrippe bloßgelegt und vollständig entfernt. Naht der Trapezius. Schluß der Wunde. Gegenüber den sonst angewandten Methoden (Schnitt vornüber der Clavicula und Freilegung von der Seite her) ist das beschriebene Vorgehen einfacher und sicherer. Besonders vorteilhaft ist die Möglichkeit einer frühzeitigen Mobilisation der Halsrippe. *Schlesinger* (Berlin).

Moreaux, René, Étude sur l'hypopharyngoscopie. (Studie über die Hypopharyngoskopie.) Presse oto-laryngol. belge **12,** S. 1—17, 49—71 u. 97—111. 1913.

Im ersten Abschnitt wird die normale, makro- und mikroskopische Anatomie des als Hypopharynx bezeichneten untersten Abschnittes des Pharynx eingehend, auch mit Berücksichtigung historischer Daten erörtert. Der zweite Teil behandelt die verschiedenen Methoden der Hypopharyngoskopie, deren Vor- und Nachteile erwogen werden. Anschließend wird eine ausführliche Beschreibung und bildliche Darstellung des Instrumentariums gegeben. Den Schluß bildet die Schilderung der Erkrankungen des Hypopharynx und ihrer Symptomatologie unter Betonung des diagnostischen und therapeutischen Wertes der Hypopharyngoskopie. *Kahler* (Freiburg i. B.).

Martius, K., Maligner Sympathoblastentumor des Halssympathicus, teilweise ausdifferenziert zu gutartigem Ganglioneurom. (*Senckenberg. pathol.-anat. Inst., Frankfurt a. M.*) Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **12,** H. 3, S. 442—461. 1913.

Robinson, C. A., and Gordon W. Thomas, A „suppurating" branchial cyst. (Eine „vereiterte" branchiogene Cyste.) Brit. med. journal, Nr. **2728, S.** 763 bis 764. 1913.

Sinjuschin, N., Über Geschwülste der glandula carotica. Med. Rundschau **79,** S. 34—39. 1913. (Russisch.)

Sinjuschin referiert kurz über die histogenetische Stellung der Geschwülste, die nach Paltauf und Marchand an der Teilungsstelle der A. carotis communis aus dem gloncus caroticum entstehen. Nach der Untersuchung des zoologen Kaschtschenko entwickelt sich die Glandula carotica aus der adventitia der A. carotis int., erscheint beim Embryo als einfache Verdickung der Adventitia, die aus lockerem Bindegewebe mit Zellnestern besteht. Erst später erfolgt die alveoläre Gestaltung des Organes. Histologisch besteht die Drüse aus einer Kapsel, von der aus solide Bindegewebszüge in die Drüse hineinziehen. Die dadurch gebildeten Räume sind von enganeinanderliegenden epithelartigen Zellen mit großem Kern und deutlicher Chromotinstruktur angefüllt, wobei diese sogenannten spezifischen Zellen direkt ins Endothel der sehr reichlichen Gefäße übergehen. — Von den seit 1891 publizierten 25 Fällen hat S. 2 mit Erfolg operiert. 15 mal bei Frauen, 9 mal bei Männern (der 25. ?), 17 mal lag der Tumor links, 7 mal rechts. Zur Beobachtung kamen Fälle zwischen 25 und 30 Jahren. Die Tumoren finden sich im oberen Halsdreieck, sind bis Gänseei groß, ziemlich derb, höckerig, seitlich verschiebbar, nach oben und unten jedoch nicht, zeigen Pulsation, die nach Kompression der Carotis aufhört. Die Operation ist nicht ungefährlich, da die Tumoren oft fest mit der Carotis oder dem Vagus verbacken sind und häufig eine Nerven- oder Carotisresektion verlangen (in 20 von 25 Fällen). Exstirpiert müssen die Tumoren werden, da Kaufmann und Dobromysslow maligne Degeneration und Recidive beobachtet haben. Die Exstirpation der Tumoren ohne, wenn auch nur temporäre, Ligatur der Carotis ist wegen der starken Blutung kaum ausführbar. 5 gute farbige Mikrophotogramme und ein Literaturverzeichnis schließen die Arbeit.

v. Reyher (Dorpat.

Trautmann, Gottfried, Über Halslymphdrüsentuberkulose in ihrer Beziehung zu den Tonsillen und zur Lunge. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60, Nr. 16, S. 866** bis 867. 1913.

Der von Orth experimentell gelieferte Nachweis einer primären Tonsillentuberkulose schuf in der Folgezeit eine Reihe von Arbeiten, die die Tonsillen als Eingangspforten für den Tuberkelbacillus mit nachfolgender Lungentuberkulose bezeichneten, analog anderen Erkrankungen tonsillären Ursprungs. Die Anschauung, daß der Lymphweg die Infektion vermittele, wurde von Most auf Grund anatomischer Untersuchungen, die die Existenz von Lymphbahnen von den Halsorganen bis zu den Lungen nicht ergaben, abgelehnt. Dagegen verdankt nach Most die Halslymphendrüsentuberkulose ihre Entstehung einer bacillären Infektion von ihrem Quellgebiet aus, das durch den Waldeyerschen lymphatischen Rachenring und von diesem vornehmlich durch die Gaumentonsillen dargestellt wird. Die praktische Wichtigkeit dieser Tatsache illustriert Verf. an der Hand folgenden Falles.

Bei einem 11 jährigen lungengesunden Mädchen wird ein linksseitiger großer tuberkulöser Halsdrüsenabsceß eröffnet. Eine Fistel bleibt zurück. Bei einer Nachoperation wird in der Tiefe ein Paket verkäster Drüsen entfernt. Ein Tag darauf Ektomie der gesund aussehenden linken Tonsille, die mikroskopisch typische Epitheloidzellentuberkel mit Langhansschen Riesenzellen enthält.

Verf. zieht daraus die wichtige Schlußfolgerung, bei bestehender Halsdrüsentuberkulose neben deren Entfernung auch die totale Exstirpation der korrespondierenden Tonsille vorzunehmen, um so den tuberkulösen Primäraffekt, von dem aus auf dem Lymphwege stets neue Drüsen erkranken, zu beseitigen.

Harf (Berlin).

Kehlkopf und Luftröhre:

Reich, A., und Blauel, Über den Einfluß künstlicher Trachealstenose auf die Schilddrüse. (*Chirurg. Klinik, Tübingen.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. 82, S. 475 bis 483. 1913.

In Zusammenhang mit Versuchen von künstlicher Kropferzeugung durch Tränkung mit Kropfwasser, künstliche Luftröhrenverengerung durch unvollständige Abschnürung mit Seidenfaden. Einfluß auf das Herz nicht festzustellen, doch mikroskopische Veränderungen der Schilddrüse deutlich: 1. statt kubischem und zylindrischem Epithel Auftreten von Plattenepithel; 2. Kerne ohne Degenerationserscheinungen kleiner und dichter; 3. Lumina der Follikel relativ groß; 4. maximale Kolloidfüllung. Der jedesmal wiederzufindende, charakteristische Befund ist eine Folge der behinderten Sauerstoffzufuhr und läßt sich als Zustand sekretorischer Minderfunktion deuten. Vergleichung dieses Befundes mit den Theorien von Mansfeldt-Müller, Kocher und Breitner. *Biernath* (Lichterfelde).

Ljanda, A., und N. Uspensky, Die Diphtherie des Trienniums 1909—1911. (*Kinderhosp. d. hlg. Wladimir, Moskau.*) Med. Rundschau 79, S. 101—145. 1913. (Russisch.)

Verff. konstatieren, daß auch in Rußland bei Diphtherie hohe Dosen Serum injiziert werden: in mittelschweren 5—8000 E in schweren 10—22 000 E. Zur klinischen Beobachtung kamen 2001 Fälle, davon starben 301. Ein Diagramm beweist die hohe Sterblichkeit in den ersten 2 Lebensjahren (bis 37%) und die Häufigkeit des Exitus zwischen den 7. bis 9. Krankheitstage. In einer Tabelle sind die Fälle übersichtlich in reine Rachendiphtherie a) mit Zellgewebsinfiltration 428 Fälle mit 37,6% Mortalität und b) ohne Zellgewebsinfiltration 926 Fälle — Mortalität 2,0% — und Larynxdiphtherie. a) Nichtoperiert 300 Fälle mit 5% Mortalität und operiert 347 Fälle mit 30% Mortalität geordnet. Ein Vergleich mit früheren Statistiken beweist, daß während des letzten Trienniums Übergänge aus leichten Formen in schwerere häufiger als früher beobachtet wurden. 217 traten mit allen Symptomen der D. gravissima ein, bei 113 entwickelte sich die D. gravissima im Hospital trotz Injektionen. Von den 347 Operierten wurden 322 nur intubiert, in 14 sekundär, und in weiteren 11 primär tracheotomiert. Extubiert wurde durchschnittlich nach 2 Tagen. Harmlose Serumsymptome wurden bei 25% der Fälle beobachtet, schwere Erscheinungen überhaupt nicht. Pyocyanase schien bei Diphtherie des Epipharynx nützlich zu sein, sonst wohl indifferent. Bei Vasomotorenlähmungen bewährte sich Adrenalin sehr gut. *v. Reyher* (Dorpat).

Chalier, A., et Bovier, Section sub-totale de la trachée chez un P. G. Suture, guérison. (Nicht ganz vollständige Durchschneidung der Luftröhre bei einem Geisteskranken, Naht, Heilung.) (Soc. d. scienc. med. de Lyon, séance du 5. II. 1913.) Lyon méd. Bd. 120, Nr. 17, S. 903—906. 1913.

Bei Selbstmordversuch im Verfolgungswahn Eröffnung der Trachea mit Messer zwischen Cricoidea und 1. Trachealringe mit Verletzung der Schilddrüse. Mit Fäden aus Renntiersehne 3 Nähte oberflächlich nur den Knorpel und das umgebende Bindegewebe fassend. Offene Wundbehandlung. Heilung ohne Eiterung und Emphysem, welche Verf. dieser Art der Behandlung zuschreibt. *Coste* (Magdeburg).

Fontaine, F., De la laryngostomie dans le traitement des papillomes diffus chez l'enfant. (Über die Laryngostomie in der Behandlung der diffusen Papillome beim Kind.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 34, S. 405 bis 408. 1913.

Nach Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden der Larynxpapillome bei Kindern, genaue Beschreibung der Laryngostomie, der Verf. vor den anderen Eingriffen den Vorzug gibt. Der Hauptvorteil der Methode ist, daß man durch das Laryngostoma den Kehlkopf genau überwachen und so ein neuerliches Rezidiv verhindern kann. Die Resultate sind, was die Respiration anbelangt, ausgezeichnet; die Stimme bleibt meistens sehr rauh. *Kahler.*

Bourgeois, Henri, Diagnostic et traitement du cancer du larynx. (Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses.) Progr. méd. **41,** S. 98—100. 1913.

Verf. erinnert an die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose. Das wichtigste Frühsymptom der innerlichen Kehlkopfkrebse ist die allmählich zunehmende Heiserkeit. Rasch tritt weitgehende Infiltration der Nachbarschaft des verdächtigen Tumors auf. Diese bewirkt einmal Fehlen der eigentümlichen, beim Verschieben des normalen Kehlkopfes gegen die Wirbelsäule fühlbaren „schneeigen" Krepitation, dann vor allem Bewegungsstörung der einen Kehlkopfhälfte. Bei der laryngoskopischen Untersuchung legt Bourgeois außer auf die bekannten Bilder — die eingehend bezüglich der Differentialdiagnose besprochen werden — Wert auf schubweise auftretende circumskripte ödematöse Schleimhautschwellungen über der verdächtigen Larynxhälfte. Subglottische Carcinome werden meist erst erkennbar, wenn sie die Stimmbänder verdrängen oder angreifen; früh tritt bei ihnen Atemnot auf. Bei äußerlichen Kehlkopfkrebsen fehlt anfänglich die Heiserkeit; frühzeitig erfolgt die Schwellung der regionären Lymphdrüsen. Fremdkörpergefühl im Halse, Schluckbeschwerden, heftige Otalgien treten bei diesen Formen relativ früh auf. Schwer sind besonders die Tumoren der Rückfläche der Stellknorpel zu erkennen. Sarkome sind meist sekundär, neigen weniger zur Flächenausdehnung und Ulceration als Carcinome. Nach Probeexcisionen läßt häufig die Deutung des histologischen Bildes im Stich. (!) Therapie: Abgesehen von den Epiglottistumoren, bei denen die Pharyngotomie in ihre Rechte tritt, ist bei Kehlkopfkrebsen von geringer Ausdehnung Laryngofissur, bei größeren Tumoren Totalexstirpation indiziert. Partielle Laryngektomien erscheinen B. nicht weniger gefährlich als totale und erhöhen die Gefahr des Rezidivs. Bei der palliativen Behandlung empfiehlt B. außer den üblichen Insufflationen oder Inhalationen antiseptischer, blutstillender Mittel die Alkoholinjektionen in den N. laryngeus sup. Die Tracheotomie soll rechtzeitig ausgeführt werden, also ehe die Kranken asphyktisch sind. *Jung* (Straßburg).

Sargnon et Vignard, Un cas d'épingle enclavée dans la bifurcation bronchique du lobe inférieur droit. Extraction par bronchoscopie inférieure. Guérison. (Stecknadel in der Bifurkation des Hauptbronchus des rechten Unterlappens eingeheilt. Extraktion durch untere Bronchoskopie. Heilung.) Lyon méd. Bd. **120,** Nr. 15, S. 782—785. 1913.

Schilddrüse:

Blain, Alexander W., When shall we operate for goiter. (Wann sollen wir beim Kropf operieren?) Internat. journal of surg. Bd. **26,** Nr. **3,** S. 73—78. 1913.

Verf. teilt die Kropferkrankungen ein 1. in solche, welche ohne Operation heilen (Kropf in der Pubertät und in der Schwangerschaft); 2. in Fälle, welche auf interne Behandlung reagieren (Hyperthyreoidismus, Hypertrophie und Thyreoiditis); 3. solche, in denen interne Behandlung erfolglos war (Basedow, Struma parenchymatosa, adenomatosa und colloides); 4. die rein chirurgischen Fälle (Tumoren, Verdacht auf Malignität, Hämorrhagien usw.). Bei der internen Behandlung soll darauf geachtet werden, daß nicht durch übermäßig einseitige Therapie, besonders durch zu große Jodgaben mehr geschadet als genützt wird. Verf. kommt zu folgendem Ergebnis: 1. Die sorgfältig ausgeführte Kropfoperation bei einfachem Kropf ist fast gefahrlos und sollte auch bei allen Tumoren der Thyreoidea ausgeführt werden; 2. die Operation ist angezeigt bei Basedowscher Krankheit, wenn nach einer Periode interner Behandlung die Krankheit schlimmer wird; 3. die Operation des Kropfes ist weniger gefährlich als die Krankheit selbst, stellt außerdem die Gesundheit schnell wieder her, wenn die sekundären degenerativen Prozesse nicht schon zu weit vorgeschritten sind. Die meisten Fälle können dauernd durch eine Operation geheilt werden. *Hinz* (Berlin).

Gilbride, John J., Ten cases of goitre. A bacteriological study of cultures and of stained sections from the thyroid gland. (10 Fälle von Kropf. Eine bakteriologische Studie von Kulturen und gefärbten Schnitten aus der Schilddrüse.) (*Laborat. of clin. pathol., Philadelphia policlin., coll. f. graduates in med.*) New York med. journal **97,** S. 662—663. 1913.

Verf. setzte von 10 Kropfpräparaten, die er von Operationen von John Beaver

erhielt, Kulturen auf den verschiedensten Nährböden und Schnitte mit verschiedenen Färbungen für Bakterien in Geweben an. Er fand in 9 Fällen nichts, in 1 Falle Micrococcus tetragenus. In einer früher publizierten Serie von 14 Fällen fand er 1 mal Micrococcus tetragenus, 1 mal Streptococcus vermiformis. *Kocher* (Bern).

Tietze, Alexander, Beidseitige Resektion oder einseitige Exstirpation des Kropfes? (*Allerhlg.-Hosp., Breslau.*) Berl. klin. Wochenschr. **50,** S. 99—101. 1913.

Verf. ist im Gegensatz zu Kausch für einseitige Exstirpation des Kropfes, da der postoperative Verlauf bedeutend leichter und kürzer ist. Bei doppelseitiger keilförmiger Excision nach v. Mikulicz treten regelmäßig durch Nekrobiose des restierenden Parenchyms infolge der nicht genau zu begrenzenden Unterbindungen der Gefäße unangenehme Erscheinungen von Hyperthyreoidismus, d. h. hohe Temperatur und Pulszahl, auf; auch ist die Wundheilung eine längere, meist mit längerer Sekret- und Fädenentleerung aus der Drainstelle. Die bei einseitiger Exstirpation (auch bei Lokalanästhesie) in viel geringerem Maße auftretende Temperatur- und Pulserhöhung erklärt er durch leichte Tracheitis und Laryngitis, hervorgerufen teils durch seröse Durchtränkung des Wundgebietes und erschwerte Expektoration der schmerzhaften Halswunde, teils durch Zirkulationsstörungen in der Kehlkopfschleimhaut durch Unterbindung der Thyreoidea superior. Die Resektion, d. h. keilförmige Excision aus beiden Kropfhälften, reserviert er nur für Fälle diffuser, doppelseitiger Strumen. *Biernath* (Lichterfelde).

Tixier, L., et P. Savy, Tuberculose thyroïdienne folliculaire à forme de thyroïdite ligneuse. (Follikuläre Tuberkulose der Schilddrüse in Gestalt der Holzstrumitis.) Lyon chirurg. **9,** S. 367—377. 1913.

Kurze Literaturübersicht. Verf. stellt eine eigene Beobachtung und 5 Fälle aus der Literatur zusammen (Bruns, Camera, Fraenckel, Clairmont).

46jährige Frau. Die Struma entwickelte sich im Laufe eines Jahres. Befund: diffuser, sehr harter Schilddrüsentumor, zum Teil substernal mit Kompression der Trachea. Starke Atembeschwerden, Temperatur 37,9, keine Basedow-Erscheinungen. Excision schwierig wegen starker Sklerose und ausgedehnter Verwachsungen mit den Fascien. Rechts wird ein Rest zurückgelassen. Atemstörungen erfordern einige Tage später die Tracheotomie. Dann Decanulement. Patientin stirbt einige Wochen nach der Entlassung wahrscheinlich an Erstickung infolge Erweichung der Luftröhre. — Das ganze Schilddrüsengewebe ist in eine sehr harte weiße Masse verwandelt. Normales Parenchym ist nur noch im linken Oberlappen erhalten. Histologisch findet sich eine mächtige interstitielle, entzündliche Infiltration, welche zur Atrophie der Drüsenfollikel geführt hat. In dem hyalin veränderten Struma zeigen sich Tuberkelknötchen mit Epitheloid- und Riesenzellen, jedoch keine Verkäsung. Bacillennachweis im Schnitt gelingt nicht. *Hotz* (Würzburg).

Marine, David, and A. A. Johnson, Experimental observations on the effects of the administration of iodin in three cases of thyroid carcinoma (two human and one canine). (Experimentelle Beobachtungen über den Effekt von interner Jodverabfolgung in 3 Fällen von Carcinom der Thyreoïdea.) (*Cushing laborat. of exp. med. a. dep. of pathol., Western Reserve univ.*) Arch. of internal med. **11,** S. 288—299. 1913.

Verf. hat 3 Fälle (2 beim Menschen, 1 beim Hunde) von Struma maligna mit Jod behandelt und die Präparate nach der Operation und nach der Sektion chemisch und histologisch untersucht. Er fand, daß Krebsgewebe offenbar die Fähigkeit, Jod zu retinieren, nicht besitze, während das umgebende normale und adenomatöse Schilddrüsengewebe Jod speichere. Er schließt daraus, daß das Krebsgewebe der Schilddrüse nicht funktionsfähig sei. Für die gutartigen Tumoren, über die er ähnliche Untersuchungen früher publiziert hat (Journ. med. research. 27, 228. 1913) nimmt er eine verminderte Funktionsfähigkeit an.
Kocher (Bern).

Carini, A., Contributo sperimentale alla eziologia del cretinismo. (Experimenteller Beitrag zur Ätiologie des Kretinismus.) Pathologica **5,** S. 172. 1913.

Bericht über negative Resultate einiger Versuche, nach intraperitonealer Injektion von Kretinenblut beim geimpften Tier Parasiten nachzuweisen. *Hotz* (Würzburg).

Zuber, Myxoedème congénital chez un jeune homme de 21 ans, suivi et traité par l'opothérapie thyroïdienne depuis l'âge de 8 ans. (Kongenitales Myxödem bei einem 21jährigen Manne, 13 Jahre lang mit Thyreoidea-präparaten behandelt.) Clin. infant. Jg. **11**, Nr. 8, S. 235—239. **1913.**

Patient zeigte als 8jähriger Junge typisches Myxödem und hatte damals die Entwicklung eines etwa 18 Monate alten Kindes. Größe 80 cm., Gewicht 10 kg. Schilddrüse nicht zu palpieren. Therapie: Thyraden Knoll täglich 3 Tabletten. In den ersten Wochen schwindet das Ödem, dann Gewichtszunahme, rasches Wachstum. Nach 2 Jahren entwickelt sich die Intelligenz, nach 4 Jahren kommen die zweiten Zähne und ist der Kranke imstande, mit 7jährigen Kindern die Schule zu besuchen. Im 13. Jahre der Behandlung hat der nunmehr 21jährige Kranke die Entwicklung eines 15jährigen Knaben erreicht. Die Epiphysenverknöcherung steht noch aus. Genitalien gut entwickelt. Die sekundären Geschlechtscharaktere bilden sich aus. Pat. ist ein guter Schüler, schreibt, rechnet, liest geschickt, treibt Geometrie. Zurückgeblieben ist erschwerte Aussprache, Stottern, Schwerfälligkeit in Ideen und Furchtsamkeit. Beim Aussetzen der Schilddrüsenbehandlung trat wieder Ödem, Apathie und Somnolenz ein. Im ganzen ist seit Beginn der Behandlung die Entwicklung stetig normal vorgeschritten; doch hat Patient die verlorenen ersten 6 Jahre nicht einholen können. *Hotz* (Würzburg).

Söderbergh, Gotthard, Symptômes cérébelleux dans le myxoedème. (Über Kleinhirnsymptome bei Myxödem.) Nord. med. Ark. **45**, Afd. 2, H. 3, 11. S. 1—8. 1913.

Verf. hat solche in 4 Fällen beobachtet. Einer wurde schon publiziert. Von den 3 anderen sind nur 2 hier kurz beschrieben, der 3. soll später publiziert werden. Es handelt sich um Fälle von spontanem Hypothyreoidismus bei älteren Leuten (50- und 52jährig). Über den Zustand der Schilddrüse gibt Verf. keine genaue Auskunft, auch nicht bei dem Falle der ad exitum kam. Verf. macht aufmerksam auf den Gegensatz zwischen der intakten Intelligenz und der Langsamkeit der Ausdrucksweise und Bewegung gewisser Hypothyreoider und auf die Vermehrung der mechanischen Erregbarkeit der Muskeln solcher Patienten. Er hat daraufhin bei Hypothyreoten speziell auf Kleinhirnsymptome geachtet und fand bei 4 Fällen: 4 mal cerebellare Katalepsie, 3 mal Adiadococinesie, 1 mal cerebellare Asynergie, 1 mal cerebellarer Gang, 1 mal Zittern, 1 mal Kleinhirnschrift. In dem sezierten Falle fand er Atrophie der Kleinhirnrinde, die Schnittfläche des Wurms war glänzend und gelatinös. Verf. nimmt bei diesen Fällen eine Störung der Kleinhirnfunktionen an und läßt es noch offen, ob dieselben anatomisch nachweisbar oder nur toxisch sind. Er glaubt, daß die Störungen der inneren Sekretion bei Hypothyreoidismus nicht immer auf dieselben Gehirnteile schädigend einwirken, einmal mehr aufs Großhirn, ein anderesmal mehr aufs Kleinhirn. *Kocher* (Bern).

Graziadei, B., La febbre nel morbo di Basedow e nelle aortiti. (Das Fieber bei Basedow und Aortitis.) (*Osp. Mauriziano Umberto I, Torino.*) Riv. crit. di clin. med. Jg. **14**, Nr. 13, S. 193—197, Nr. 14, S. 209—214 u. Nr. 15, S. 225—231. 1913.

Verf. geht aus von den bei Basedow im Initialstadium oft beobachteten fieberhaften Diarrhöen, welche leicht zu irriger Diagnose Veranlassung geben. Er bespricht einige in der Literatur mitgeteilte Angaben über diese Temperatursteigerungen und berichtet über 50 eigene, in der Mehrzahl jahrelang fortgesetzte Beobachtungen. In 40 Fällen konnte er Fieber, meist nur leichteren Grades — bis 38 — feststellen. Bei Basedowkranken ist die Temperatur labil, wird durch geringe äußere Einflüsse, auch durch Obstipation, Menses gesteigert. Die normale Differenz zwischen rectaler und axillarer Messung ist geringer als bei Gesunden — 0,2 Grad. Verf. schließt aus seinen Beobachtungen, daß in allen Fällen von Basedow Fieber besteht; besonders zu Beginn, wenn die übrigen Symptome noch versteckt sind. Tritt zu der Temperatursteigerung starke Pulsation, eine Herzverbreiterung mit systolischen oder diastolischen Geräuschen hinzu, so kann das Bild eines schweren Herzfehlers vorgetäuscht, eine Endocarditis oder eine Aortitis angenommen werden. Alle diese Erscheinungen können spontan schwinden. Man muß nur an die Möglichkeit eines Basedow denken, um leicht auch die anderen noch rudimentären Symptome aufzufinden. Von günstigstem Einfluß auf das Basedowfieber ist neben der langen Ruhe die Kaltwasserbehandlung. Die Herz-

geräusche, systolischer oder diastolischer Natur, meist nur leicht ausgeprägt, finden sich in gleicher Art bei nervösen, durch ein psychisches Trauma, durch fieberhafte Krankheit und Anämie geschwächten Individuen. Zur Erklärung eines diastolischen Geräusches über der Aorta zitiert Verf. Beobachtungen von Huchard, Bureau, Potain, Rendu, welche bei Basedow eine subakute Aortitis mit oder ohne Insuffizienz der Semilunarklappen feststellten. Die Geräusche hört man am Vorhof, über den großen Gefäßen, rechts vom Sternum, über der Subclavia, meist begleitet von einem verstärkten zweiten Aortenton. Die Dilatation erstreckt sich auf Brust- und Bauchaorta, bis in die Splanchnikusgefäße. Diese Aorteninsuffizienz ist eine Teilerscheinung der Basedowkrankheit. Bei Sektionen (Moutet, Froment) finden sich in 25% Klappenfehler; besonders an der Mitralis; Verkürzung und Insuffizienz. An der Aorta ist häufig Atheromatosis. Friedreich spricht von einer Endocarditis chronica basedowiana. Ein Zusammenhang besteht möglicherweise auch mit den oft begleitenden rheumatischen Erkrankungen. Bei dem Vorherrschen von organischen Veränderungen an der Mitralis bleibt allerdings unerklärlich, warum diese Herzstörungen bei Basedow mehr den Charakter einer arteriellen Erkrankung zeigen. Verf. behandelt ferner die Temperaturstörungen bei subakuter oder chronischer Aortitis. Abgesehen von den akut-infektiösen Erkrankungen, konnte er in jahrelanger Beobachtung feststellen, daß bei den verschiedenen Formen der chronischen Aortitis, Arteriosklerosis, Tabes, bei Lues, einfacher Angina, Influenza, bei jungen und alten Individuen Perioden mit geringer Temperatursteigerung recht häufig sind. Sie werden von den Leichterkrankten oft übersehen und als Müdigkeit gedeutet. Häufig sind andere leichtere Störungen, ähnlich wie beim initialen Basedow. Die Vergleichung des Basedow mit der chronischen Aortitis zeigt, daß die Fiebererscheinungen einen sehr gleichartigen Charakter tragen. So kommt Verf. zu dem Schlusse, es möchte ein ursächlicher Zusammenhang wohl möglich sein zwischen der chronischen Endocarditis, besonders den Erkrankungen der Aorta und dem Basedow. Die Fiebererscheinungen seien wohl auf eine gleichartige Ursache zurückzuführen.

Hotz (Würzburg)

Brust.

Brustwand:

Walther, Erich, Zur formalen und kausalen Genese der Brustmuskel- und Brustdrüsen-Defekte. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **212,** H. 1, S. 68—118. 1913.

Beschreibung des Brustmuskeldefektes des Verf. Es handelt sich um Defektbildungen des Pectoralis maj. und min. der Brustwarze und Anomalie in der Behaarung. In einem größeren Abschnitt wird die Amastie in ihren verschiedenen Formen als Agenesie und Aplasie besprochen. Ausführliche Literatur über Brustwand- und Drüsendefekt. Die Beziehungen der inneren Sekretion der Geschlechtsdrüse zur Entwicklung der Brustdrüse. Beim Brustwanddefekt werden endogene und ektogene Ursachen unterschieden. Zu den ersteren gehören die kongenitalen Mißbildungen, zu den letzteren Druckatrophie durch Amnionanomalie, intrauterine Traumen oder Traumen bei der Geburt, außerdem Schädigung durch chemische Einflüsse. Verf. betrachtet den Pectorialisdefekt als Hemmungsbildung und den Brustdrüsendefekt als Folge des Integumentdefektes. Das Nähere der ausführlichen Arbeit muß im Originale nachgesehen werden. *Kleinschmidt* (Leipzig).

Jaboulay, Cancer du sein. (Mammacarcinome.) (*Hôtel-Dieu, Lyon.*) Rev. internat. de méd. et de chirurg. Jg. **24,** Nr. 1, S 1—3. 1913.

Schilderung eines Falles von Mammacarcinom, der weiter keine Besonderheiten bietet, als daß das Wachstum der Neubildung eine Zeitlang durch eine Pneumonie regressiv beeinflußt worden ist. *Carl* (Königsberg).

Brustfell:

Fishberg, Maurice, Autoserotherapy in serofibrinous pleurisy. (Autoserotherapie bei fibrinöser Pleuritis.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 962—965. 1913.

Findet man bei Punktion einer Pleuritis ein seröses Exsudat, so empfiehlt es sich,

die Nadel nicht herauszuziehen, sondern von derselben Einstichstelle aus 2—5 ccm subcutan zu injizieren. Diese Methode der Autoserotherapie ist ohne jede Schädlichkeit und hat F. in 12 Fällen gute Resultate gegeben. In günstigen Fällen tritt schon am nächsten Tage subjektive und objektive Besserung ein; nach 8—10 Tagen ist der pleuritische Erguß verschwunden. Manchmal muß die Injektion noch 1—2 mal wiederholt werden. In 10—15% der Fälle bleibt der Erfolg aus. *Wolfsohn* (Charlottenburg).

Lungen:

Charrier, André, Indications opératoires dans les kystes hydatiques du poumon. (Indikationen für die operative Behandlung des Lungenechinokokkus.) Arch. prov. de chirurg. **22**, S. 75—93. 1913.

An der Hand von 10 einwandfrei beobachteten, noch nicht publizierten Fällen weist Charrier die große Tendenz des Lungenechinokokkus zur Spontanheilung nach. In allen diesen Fällen ist die Diagnose durch mikroskopische Untersuchung der exspectorierten Blasen bzw. Membranen gesichert und die Dauerheilung 5—10 Jahre hindurch beobachtet. Nach diesen Erfahrungen ist die Forderung von Souligoux, Tuffier, Piquand u. a., den Lu genechinokokkus unbedingt operativ zu behandeln, jedenfalls nicht gerechtfertigt. Freilich liegen die Verhältnisse nicht immer so günstig und das Aushusten von Blasen führt keineswegs stets zur Heilung, wie die weiterhin mitgeteilten 5 Fälle beweisen. Einer dieser Fälle verlief tötlich durch Aspiration der Membranen und Suffokation, einer durch Bronchopneumonie. Somit stellt die spontane Entleerung per vias naturales unter Umständen ein recht gefährliches Ereignis dar. Ch. hält die operative Behandlung für unbedingt indiziert bei corticalem oder parapleuralem Sitz des Echinokokkus, weil hier der Eingriff relativ wenig gefährlich ist. Bei zentral gelegenen Cysten kann man bei gutem Allgemeinbefinden zunächst unter Kontrolle des Röntgenbildes die Entleerung per vias naturales abwarten. Tritt jedoch Hämoptoe oder Eiterretention hinzu, so empfiehlt sich die rechtzeitige chirurgische Intervention. Hier wäre es verhängnisvoll, solange zu warten, bis der Allgemeinzustand des Kranken die Chancen des Eingriffes verringert! *Adler* (Berlin-Pankow).

Doerfler, Hans, Kasuistischer Beitrag zur Operation der starren Dilatation des Thorax. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83**, H. 3, S. 671—677. 1913.

Ausführlicher Bericht über einen Fall von Lungenemphysem mit Asthma bronchiale, schwerer Cyanose und Herzinsuffizienz bei starr dilatiertem Thorax. Resektion des II.—V. rechten Rippenknorpels nach Freund mit Einlagerung eines Muskellappens. Sehr guter Dauererfolg. Verf. glaubt, daß die Wiederherstellung der Beweglichkeit des starr gewordenen Thorax die auxiliaren Atemmuskeln wieder in Aktion treten ließ und daß hierauf der Erfolg der Operation beruht. *Heller* (Leipzig).

Mittelfell:

Galliard, L., Pneumothorax artificiel et emphysème du médiastin. (Künstlicher Pneumothorax und Emphysem des Mediastinums.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **29**, Nr. 11, S. 658—662. 1913.

Das mediastinale Emphysem kompliziert nur sehr selten den medizinischen, nicht künstlich hervorgerufenen Pneumothorax. Zwischen beiden besteht, wenn man von den großen Brustverletzungen absieht, ein Antagonismus. Beim künstlichen Pneumothorax liegen die Verhältnisse anders. Hier kann mediastinales Emphysem sekundär unter folgenden Bedingungen auftreten: 1. Nach der Operation entweicht der injizierte Stickstoff durch den Stichkanal, breitet sich, statt wie gewöhnlich im Subcutangewebe, zwischen parietaler Serosa und Rippen aus und gelangt so bis zu Mediastinum und Hals. 2. Der in die Pleura injizierte Stickstoff gelangt durch einen kleinen Riß im visceralen Blatt der Serosa in die subpleuralen und interlobulären Räume und dann in das Mediastinum. 3. Der injizierte Stickstoff gelangt infolge Zerreißens von Verwachsungen am Mediastinum in dieses. Dehnt sich ein dabei entstehendes subcutanes Emphysem über

die ganze Körperoberfläche aus, so muß man annehmen, daß durch heftige Hustenstöße einige Lungenbläschen geplatzt sind, wodurch es zu einer Kommunikation zwischen Bronchus und Pleuraraum gekommen ist. Ein eigener Fall:

25jähriges Mädchen mit linksseitiger Spitzenaffektion. Injektion von 1000 ccm Stickstoff in die linke Pleura im 8. Intercostalraum. 3 Stunden später subcutanes Emphysem am Hals rechts, welches sich nach der rechten Achsel und Mamma, sowie über einen Teil des rechten Schulterblattes ausbreitet, bei gleichzeitiger starker Atemnot. 2 Tage später Abnahme, 5 Tage später Verschwinden des Emphysems. Aus der geringen Ausbreitung des Emphysems sowie daraus, daß der Stickstoff schon 2 Tage nach der Injektion weder in der linken Pleura, noch im Subcutangewebe um die Punktionsstelle nachzuweisen war, schließt Verf., daß nur der injizierte Stickstoff in das Mediastinum gelangt ist, und zwar durch einen sekundären Riß des mediastinalen Blattes der linken Pleura. *Hoffmann* (Greifswald).

Bauch und Becken.

Allgemeines:

Stuzer, M., Zur Frage der Funktion des großen Netzes. Med. Rundschau **79**, S. 70—79. 1913. (Russisch.)

Neben der Ansicht von Oppel, daß das Netz als Zufluchtsstätte und Brutstätte für Bakterien prinzipiell zu resezieren sei, und der von Heusner, daß es analog dem Appendix ein rudimentäres Organ sei, führt Stuzer noch die Ansicht von Ranvier an, der das Netz mit einer großen Lymphdrüse vergleicht. Die Untersuchungen anderer Autoren beweisen 1. daß Versuchstiere ohne Netz an peritonealen Infektionen zugrunde gingen, die andere Tiere mit Netz anstandslos vertrugen (Roger); 2. daß die intraperitoneale letale Infektionsdosis das Vielfache der interkraniellen darstellt. (Aucher und Chavannaz) Milian hebt neben der Phagocytose noch die plastischen Eigenschaften des Netzes hervor, Bromann bezeichnet das Netz direkt als Bakterienfänger. Heger und Gilbert konstatieren die Resorption von Bismuth durch das Netz radiographisch. Zu demselben Resultat kam auch Koch mit Tuscheinjektionen. Verf. wiederholt die Experimente, indem er Versuchstieren (Kaninchen, Ratten und Hunden) Tuschesuspensionen, Coli- und Anthraxbacillen in die Bauchhöhle injiziert und in bestimmten Zeitabschnitten die Befunde am Netz erhebt. Die Experimente bewiesen sämtlich, daß Fremdkörper (Tusche) und Infektionserreger zuerst von den Microphagen in Angriff genommen werden, ferner von den Epithelzellen des Netzes und den Makrophagen, die die Mikrophagen in sich aufnehmen. Binnen kurzem finden wir die Fremdkörper in den Lymphdrüsen und Knoten des Netzes vor, wobei das Netz bei starker Reizung (Eitererreger) sich plastisch um die Herde schließt. Netzlose Versuchstiere reagieren mit hämorrhagischem Exsudat und fibrinösen Ablagerungen auf dieselben Reize. Bei Versuchen mit Tusche wurden ferner Ablagerungen in den Mediastinaldrüsen beobachtet. Nächst dem Netz kommen nach St. Ansicht als Schutzvorrichtungen gegen peritoneale Infektionen noch die Mediastinaldrüsen, sowie die Ligamenta lata uteri und zuletzt das Peritoneum in Betracht. Folgt kurzes Literaturverzeichnis. *v. Reyher* (Dorpat).

Herzenberg, Robert, Über sogenannte Nabelsteine. (*Alt-Katharinenhosp., Moskau.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 15, S. 706—707. 1913.

Die seltenen Nabelsteine, welche erbsen- bis taubeneigroß werden können, verursachen mit zunehmender Größe Jucken und eitrige Entzündung, welche schließlich zu dem Bilde der Nabelphlegmone führt. Für die Diagnose ist außer dem Sondenbefunde noch der mikroskopische Nachweis von Phosphaten im Nabelsekrete von Wichtigkeit. Die meisten Fälle wurden mit vereiterten Dermoidcysten verwechselt. Therapeutisch wurde meist die Excision des Nabels, der in 3 Fällen carcinomatös geworden war, ausgeführt. Ausführliche Krankengeschichte eines 32jährigen Mannes, bei dem Verf. ein knackmandelgroßes Konkrement mit dem Nabel excidiert hat. *v. Khautz* (Wien).

Manwaring, Wilfred H., and J. Bronfenbrenner, Note on the intraperitoneal lysis of tubercle bacilli. (Über intraperitoneale Lysis der Tuberkelbacillen.) (*Rockefeller inst. for med. res., New York.*) Proceed. of the soc. for exp. biol. a med. New York, Bd. **10,** Nr. 3, S. 67—68. 1913.

Verff. haben Studien angestellt über die bereits früher mitgeteilte (ebenda 1912, **10**, S. 30) Beobachtung, daß im Gegensatz zu normalen Tieren tuberkulöse Meerschweinchen, Kaninchen und Hunde auf intraperitoneale Einfuhr von Tuberkelbacillen mit starker degenerativer Veränderung und Verminderung der Bakterien reagieren. Es ließen sich Stoffe derartiger Reaktionsfähigkeit weder mit dem Blut von subcutan, intravenös oder intraperitoneal geimpften Tieren noch von normalen Tieren, welchen Blut jener in ausgedehntestem Maße transfundiert war, in vitro oder in vivo nachweisen. Es ist daher anzunehmen, daß genannte erhöhte Schutzkraft gegen die Tuberkelbacillen nicht an in den Gewebssäften kreisende Antikörper, sondern an fixe Gewebszellen gebunden ist. Da aber Bakteriolysine in der Peritonealflüssigkeit tuberkulöser Meerschweinchen bald nach der Einführung der Tuberkelbacillen auftreten und sich auch passiv auf gesunde Tiere übertragen lassen, ist es wahrscheinlich, daß solche von den Peritonealzellen freigelassen werden und daß diese Lysine die erhöhte Schutzkraft gegen die intraperitoneale Impfung mit Tuberkelbacillen bedingen.

Sonntag (Leipzig).

Hagenauer, G. F., Rupture of abdominal hydatid during examination under an anaesthetic, immediate operation. (Ruptur eines Abdominal Echinococcus während der Narkosenuntersuchung. Sofortige Operation.) Austral. med. journal Bd. **2,** Nr. 89, S. 969. 1913.

Mercier, R., Diagnostic d'un kyste hydatique lombaire par les méthodes biologiques. (Diagnose einer Echinokokkencyste in der Lendengegend mittels biologischer Methoden.) Tours méd. Jg. **9,** Nr. 2, S. 23—25. 1913.

Junger Tischler, der über dumpfe Schmerzen in der rechten Lendengegend klagt, die im Laufe von 2 Monaten zunehmen. An dieser Stelle bildet sich ein kindskopfgroßer Tumor. Haut darüber normal, keine Schmerzen bei der Palpation, deutliche Fluktuation, keine Temperatursteigerung. Bei der Punktion erhält man etwas graugrüne zähe Flüssigkeit, die Fetttröpfchen, Cholesterin und Zellen enthält. Blutbefund: Erythrocyten 6 820 000, Leukocyten 12 400, Eosinophile 9%. Das Blutserum zeigt deutliche schwach positive Komplementbindungsreaktion (Weinbergs Methode), bei der Präcipitinreaktion entsteht kein flockiger Niederschlag. Nach der Operation geht die Prozentzahl der Eosinophilen schon nach 6 Stunden auf 2 herab und ist am folgenden Tage normal. *Bernard* (Berlin).

Polacco, Andreas, und Alfred Neumann, Zur Ätiologie, Symptomatologie und Pathogenese der akuten Darmstrangulation. (*K. k. Lagerspit., Bruck a. L. u. k. k. Garnisonspit. Nr. 1, Wien.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **122,** H. 1/2, S. 42—56. 1913.

Die Strangulation betraf etwa die Mitte des Jejunum und wurde durch einen Ring hervorgerufen, dessen Entstehung auf eine früher überstandene appendikuläre Peritonitis zurückgeführt werden muß. Das peritoneale Exsudat hatte sich nämlich zu gestielten, ca. erbsengroßen, der Darmserosa aufsitzenden, frei in die Bauchhöhle hineinragenden Gebilden organisiert. Durch Verwachsung von zwei derselben war der Ring entstanden, in den die Darmschlinge infolge eines Stoßes vor den Bauch getreten war. Erfolgreiche Operation 24 Stunden nach der Einklemmung. Als seltene Symptome erwähnt Verf. eine Bradykardie von 52 Pulsen und eine stark verzögerte Morphiumwirkung, wahrscheinlich infolge Darreichung des Medikamentes per os bei noch gefülltem Magen. Mikroskopische Untersuchung der Gebilde, welche die Abschnürung bewirkt hatten und der gleichzeitig exstirpierten Appendix mit Abbildungen.

Brentano (Berlin).

McGlannan, Alexius, Intestinal obstruction. A clinical study of one hundred and eighty-one cases. (Ileus, eine klinische Studie von 181 Fällen.) Journal of the Americ. med. assoc. **60,** S. 733—736. 1913.

Er unterscheidet 3 Stadien: 1. Anfangsstadium, wenn die Symptome der Störung der freien Darmpassage entsprechen; 2. das Stadium der Kompensation, wenn die Därme die Stauung und ihre Folgen auszugleichen versuchen; 3. das Stadium der Komplikationen, wenn der Ileus sekundäre destruierende Veränderungen am Darm oder am Körper als Einheit gesetzt hat. Die Symptome des ersten Stadiums sind Schmerz, Verstopfung oder Durchfall

und Erbrechen. In diesem Stadium kann man ein Abführungsmittel geben, ist es ohne Erfolg, soll sofort die Operation vorgenommen werden. Im 2. Stadium treten vor allem auf: Koliken, faeculentes Erbrechen und Darmsteifungen. Störungen des dritten Stadiums sind Toxämie, Gangrän, Peritonitis und Nierenerkrankungen. Die Operationen, die man auszuführen hat, sind 1. den Ileus aufzuheben, ev. den Darmteil zu entfernen, auf jeden Fall aber dem gestauten Darminhalt Abfluß zu schaffen. *Gelinsky* (Berlin).

Bien, Gertrud, Über einen Fall von Ileus, hervorgerufen durch Obliteration eines Meckelschen Divertikels. (*Karolinen-Kinderspit., Wien.*) Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 824—827. 1913.

Verf. gibt die Krankengeschichte eines zweimonatigen Säuglings wieder, der mit einer allmählich zunehmenden hochgradigen Auftreibung des Abdomens erkrankte. Nahrungsaufnahme gut, kein Erbrechen, Stuhl einige Male angehalten, aber mit Ölklysmen zu erzielen. Rechter Hoden im Leistenkanal; von diesem setzt sich in die Bauchhöhle ein bleistiftdicker Strang fort. Zunächst abwartende Behandlung. Mitten im Wohlbefinden plötzlicher Exitus. Die Autopsie ergibt ein von der untersten Ileumschlinge abgehendes obliteriertes Meckelsches Divertikel, das im offenen Proc. vaginalis peritonei mit dem retinierten rechtsseitigen Hoden verwachsen und durch Zug an der Darmwand die Ileumschlinge zur Knickung gebracht hat. Damit erklären sich die Geringfügigkeit und der protrahierte Verlauf der Ileuserscheinungen, die eine sofortige Operation nicht angebracht erscheinen ließen. *Harf* (Berlin).

Dufour, H., Desmarest et Legras, Obstruction intestinale par un calcul biliaire arrêté à la valvule iléo-caecale. (Darmverschluß durch einen Gallenstein angehalten an der Ileocoecalklappe.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **29,** Nr. 14, S. 838—840. 1913.

Bauchwand:

Grant, W. W., Ligneous phlegmon of the abdominal wall. (Holzphlegmone der Bauchwand.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60,** Nr. 14, S. 1039 bis 1042. 1913.

Reclus hat zuerst 1893 über 5 Fälle von Holzphlegmone des Nackens berichtet. Es ist jetzt bekannt, daß eine Holzphlegmone an jedem Körperteil auftreten kann. Grant stellt die in den Jahren 1910—1912 von amerikanischer und italienischer Seite (Powers, Panzer, Andrews, Todd—Fasano, Guasoni, Consentino, Suse) veröffentlichten Fälle zusammen. Es handelte sich bei diesen vielfach um „Holzphlegmonen der Bauchwand" im Anschluß an Herniotomien, Radikaloperationen von Hernien und Appendektomien. G. beschreibt zwei selbst beobachtete Fälle von Bauchwandphlegmone nach Radikaloperation einer Hernie bzw. nach wiederholter Appendicitisattacke. In der Mehrzahl dieser Fälle haben nach der Meinung des Referenten chronisch entzündliche Bauchdeckengeschwülste im Sinne Schloffers und Küttners (s. Verh. d. 37. deutschen Chir.-Kongr. 1908) vorgelegen. Das auslösende Moment für die Holzphlegmone ist nach G. ein Infektionsprozeß mit oder ohne Trauma. Die Keime weisen verringerte Virulenz auf. Die langsam zunehmende, protrahierte Entzündung befällt Fascie und Muskeln, zuletzt die Haut. Die Lymphdrüsen sind nicht beteiligt. Mit malignen Geschwülsten (Sarkomen) ist eine Verwechslung leicht möglich. Immer besteht Hyperleukocytose. Therapeutisch empfiehlt G. Incision, nicht Excision der Geschwülste und Serumbehandlung. In dem einen mitgeteilten Fall hat G. eine Ausheilung erst durch Einspritzungen gemischter Staphylokokkenvaccine in die harte Masse hinein erzielt. *Gebele* (München).

Wollin, H., Ein cystischer Tumor der Bauchdecken. Prag. med. Wochenschr. Jg. **38,** Nr. 16, S. 205—206. 1913.

Bei einem 58jährigen Manne entwickelte sich innerhalb eines halben Jahres in den vorderen Bauchdecken zwischen Spina iliac. ant. und Nabel eine hühnereigroße cystische Geschwulst, welche, wie sich bei der Operation zeigte, zwischen Peritoneum und Muskulatur lag und welche auf Grund der mikroskopischen Untersuchung als Enterocystom anzusprechen ist. Es ist dies der fünfte bekannt gewordene Fall von Enterocystom. *Rubesch* (Prag).

Bauchfell:

Gy, Abel, Diagnostic et traitement des ascites. P. 1. u. 2. (Diagnose und Behandlung des Ascites.) Bull. gén. de thérapeut. méd., chirurg., obstétr. et pharmaceut. Bd. **165,** Nr. 2, S. 33—64 u. Nr. 4, S. 117—134. 1913.

Eingehende Schilderung der Symptome und Diagnose. Bei der Therapie macht Verf. auf Komplikationen nach der Punktion aufmerksam: Anämie des Bauchfells, schwerer Ikterus, Verletzung der Art. epigastrica, Hämatemesis, Herzdilatation. Nach Besprechung der inneren Behandlung des zugrunde liegenden Herz- oder Nierenleidens erwähnt er bei der atrophischen Cirrhose neben Talma die sapheno-peritoneale Anastomose, die Autoserotherapie des Ascites, wobei nach Punktion sofort 10—200 ccm der Flüssigkeit subcutan eingespritzt werden, ferner die Verabreichung der stark diuretisch wirkenden Zwiebeln. Bei Tuberkulose empfiehlt er nach Punktion Auswaschung mit Borwasser usw., Jodanstrich, Kompression. *Frank* (Köln).

Edén, Einar, Ett egendomligt fall af tuberkulös peritonit. (Ein eigenartiger Fall von tuberkulöser Peritonitis.) (*Chirurg. Univ.-Klin., Uppsala.*) Uppsala Läkareförenings Förhandl. N. F. **18,** S. 157—159. 1913. (Schwedisch.)

Kasuistisch.

6jähriges Mädchen, das vorher gesund war, klagt seit $^1/_2$ Jahre über Bauchschmerzen und magert ab. Zwei Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus war das Kind draußen gefallen und hatte mit dem Magen auf den Boden geschlagen. Sogleich schwere Schmerzen über den ganzen Bauch, der gegen Druck empfindlich wurde. Erbrechen. Keine Entleerung von Faeces noch Flatus. Auf Grund der Anamnese und des Status wurde die Diagnose auf diffuse Peritonitis gestellt. Bei der Operation (Ekehorn) wurde eine über die ganze Bauchhöhle verbreitete, fibrinöse Peritonitis, mit einer dünnen Lage von Fibrin über der Serosa, konstatiert. Ungefähr in der Mitte des Ileum wurde im Mesenterium eine apfelsinengroße durchbrochene Höhle entdeckt, zum Teil noch mit einer blutigen, käsigen Masse ausgefüllt. Die ganze Absceßwand — mikroskopisch als Tuberkulosegewebe nachgewiesen — wurde excidiert. In übrigen Teilen des Mesenteriums fanden sich mehr oder weniger angeschwollene Drüsen. Bauchnaht. Heilung normal. Kranke nach $2^1/_2$ Monaten noch gesund. Verf. hält die nachgewiesene fibrinöse Peritonitis für eine tuberkulöse Peritonitis im frühesten Stadium, entstanden durch den von einem leichten Trauma verursachten Durchbruch eines mesenterialen, tuberkulösen Abscesses (geschmolzene Drüse). *Giertz* (Umeå, Schweden).

Mouisset, F., et J. Gaté, Péritonite tuberculeuse avec rétrécissement des voies biliaires. Ictère chronique. (Bauchfelltuberkulose mit Schrumpfung der Gallenwege. Chronischer Icterus.) Lyon méd. **120,** S. 433—441. 1913.

54jährige Frau mit seit 15 Monaten bestehendem Icterus und acholischem Stuhl. Keine Magen- und Darmstörungen, keine Koliken. Leberschwellung, Gallenblase nicht palpabel. Subfebrile Temperaturen. Die Operation ergibt nur diffuse peritoneale Adhäsionen, welche eine Freilegung des Cysticus und Choledochus nicht gestatten. Cystostomie. Exitus 3 Tage p. op. Autopsie ergibt schwere diffuse adhäsive Bauchfelltuberkulose ohne Exsudat. Infolge der hochgradigen narbigen Schrumpfung war es trotz aller Mühe nicht möglich, vom Duodenum aus die Gallenwege zu sondieren. *Adler* (Berlin-Pankow).

Hernien:

Thiriar, Lucien, La hernie épigastrique. (Die epigastrische Hernie.) Clinique (Bruxelles) Jg. **27,** Nr. 15, S. 225—228. 1913.

Schrager, V. L., Bilocular hernia. (Bilokulare Hernie.) (*Clin. of D. D. Lewis. M. D., Rush med. coll.*) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16,** Nr. 4, S. 359—361. 1913.

Unter bilokularem Bruchsack versteht Verf., Moynihan folgend, einen Bruchsack, der aus 2 miteinander kommunizierenden Taschen besteht, von denen 1 im Leistenkanal, die andere entweder zwischen Fascia transv. und Periton. (Hern. properiton.) oder zwischen den Bauchwandschichten (Hern. interstit.) oder zwischen Haut und Fascie des Obliq. extern. (Hern. inguinosuperfic.) liegt. Meist rechtsseitig mit gestörtem Descensus testis. Anführung zweier operierter Fälle, von denen bei einem die Ursache ein stark entwickeltes Hesselbachsches Band war, bei dem anderen nicht. *Hoffmann* (Greifswald).

Peus, Georg, Ein neuer Fall von Hernia labialis posterior (Hernia subtransversalis). (*Univ.-Frauenklinik, Bonn.*) Gynaekol. Rundschau Jg. **7,** H. 8, S. 281—288. 1913.

v. Winkel gibt zum ersten Male eine scharfe Definition der Brüche des Becken-

bodens nach der Austrittsstelle: 1. Hernia subpubica, wo die Bruchpforte hinter dem Schambein liegt und der Austritt in die große Schamlippe erfolgt. 2. Hernia ischiadica; Bruchpforte am Foramen ischiadicum maius, Austritt an der Hinterbacke. 3. Hernia subtransversalis; Bruchpforte zwischen Rectum, Steißbein, Tuber ischii und Musculus transversus, Austritt am Damm. Peus beschreibt einen Bruch 3. Art. In dem Trichter des Beckenbodens befinden sich kongenitale Spalträume, welche die Bildung von Hernien gestatten. Oft sind es auch Risse in der Beckenbodenmuskulatur, z. B. bei der Geburt, welche die Bildung solcher Hernien begünstigen. Weitere Ursachen sind: Pressen bei Obstipation, große körperliche Anstrengung, besonders in gespreizter Beinstellung. Nach Zuckerkandel sind solche Hernien überhaupt nur möglich, wenn das Peritoneum des Douglasschen Raumes kongenital entsprechend vorgebildet ist. Als conditio sine qua non sind diese Tatsachen von anderen Autoren nicht anerkannt. Die ersten Fälle solcher Hernien wurden von Pape und Smellie 1750 und 1754 beobachtet. Die Hernia subtransversalis ist in der Literatur nur 10mal vertreten. Alle Brüche dieser Art waren gut reponibel. Einklemmungserscheinungen wurden nur einmal bei einer Gravidität gesehen.

Fall: 34jährige Frau. Schwere 1. Geburt mit äußeren Zerreißungen. Bald nach dem 1. Kinde Druckgefühl im Unterleibe, seit 1 Jahr Tumor in der rechten großen Schamlippe. Der Status ist durch eine charakteristische Abbildung erläutert. Der Bruch, apfelgroß, lag im unteren Teile der rechten großen Schamlippe schräg nach links unten, die Mittellinie verdrängend. Reposition leicht. Perkutorisch Darmschall. — Operation: Längsschnitt über den Tumor, Ausschälen des Bruchsackes, Eröffnen, Reposition des Darmes, Abtragung des leeren Bruchsackes, Peritonealschluß, Heranziehen und Befestigen der Muskelfasern des Levator ani an den Schambeinast, Vereinigung von Fett und Fascia superficialis, Hautnaht. $1^1/_2$ Jahr nach der Operation kein Rezidiv, gutes Befinden.

Die Therapie bei Irreponibilität, sicher aber bei Incarceration bleibt die Operation. Aber auch sonst ist sie sehr zu empfehlen, da keine der bis jetzt konstruierten Bandagen den Bruch dauernd zurückzuhalten imstande war. Rezidive nach den Operationen überhaupt sind nicht beobachtet. *Weichert* (Breslau).

Federici, Nicolino, Resezione intestinale per varietà speciale e rara di ernia crurale strozzata. (Darmresektion bei seltener Abart von eingeklemmter Cruralhernie.) (*Osp. civ., Orzinuovi.*) Gaz. degli osp. e delle clin. Jg. **34**, Nr. 46, S. 480—481. 1913.

Fall von Resektion eines Darmwandbruchs im Cruralbruchsack bei 75jähriger Frau. Heilung. Verf. betont, daß dieser Ausgang ein außerordentlich seltenes und merkwürdiges Ereignis sei und empfiehlt bei Brucheinklemmungen auch im hohen Alter die Resektion zu machen. *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Magen, Dünndarm:

Krylow, B., Zur klinischen Bewertung der Untersuchungsmethoden auf Trypsin. Medizin. Rundschau **79**, S. 3—16. 1913 (russisch).

Krylow knüpft seine Arbeit an die von Boldyrew 1904 publizierte Tatsache an, daß bei Einführung von Fett oder Säuren in den Magen auch größere Mengen von Pankreassaft in denselben eindringen. Zur Feststellung der Bedingungen, unter welchen Pankreassaft im Magen nachzuweisen ist, hat K. Magenkranke untersucht. Der Mageninhalt wurde eine Stunde nach dem Boas-Ewaldschen Frühstück oder nach 75,0 Ol. olivarum ausgehebert, ein Teil, falls die Reaktion sauer, sofort zum Schutz des Trypsins mit $^1/_{10}$-NaOH-Lösung neutralisiert, der andere sofort auf Gesamtacidität, freie HCl, gebundene HCl, Pepsin, Blut usw. untersucht. Zur Feststellung von Trypsin wurden zuerst die Methoden von Schlecht (die Verdauung der Jochmann-Müllerschen Platte) und Groß (die Verdauung einer $1^0/_{00}$ Lösung von Casein in $1^0/_{00}$ Natr. carbon.) parallel angewendet, wobei sich die Großsche Methode als 3 mal so empfindlich erwies. Die Menge des Trypsins wird nach seiner Verdauungskraft bestimmt und in tryptischen Einheiten bezeichnet. 1 Tr. E. gleicht einem Quantum von Trypsin, das in 1 ccm der zu untersuchenden Flüssigkeit enthalten 10 ccm der obengenannten Caseinlösung verdaut. Die bisher gefundenen Werte schwanken zwischen $^1/_{10}$ und 555 Tr. E. (Orlowsky), wobei überhaupt in 70—90% der Fälle Trypsin im Magen konstatiert wurde. Festgestellt wurde schon von anderen Autoren, daß das Trypsinquantum mit dem Steigen der Salzsäure und des Pepsins fällt und umgekehrt. Die Trypsinmenge steigt und fällt jedoch parallel mit der Beimischung von Galle.

Die Untersuchung auf Trypsin ergab an 32 Kranken (Carcinoma ventr., Ulcus, Gastralgiae, Cirrhosis hepatis, Achylien usw.) in 63,3% positiven Ausfall. Nach dem Boasschen Probefrühstück in 70%, nach Öl in 52%, wobei auch nach dem Boasschen Frühstück mehr Tr. E. konstatiert wurden. In 8 Fällen 10 Tr. E., in 2—20 Tr.E., in 9—abs., 3 mal —, in den übrigen von $^1/_2$—$3^1/_2$ Tr.E. Aus den beigefügten Tabellen zieht K. den Schluß, daß die größten Trypsinmengen bei einer Gesamtacidität zwischen 0 und 40 und fehlendem oder geringem H.Cl. und Pepsingehalt konstatiert wurden (wobei jedoch auch das Gegenteil in vereinzelten Fällen beobachtet wurde). Eine Beimengung von Galle scheint den Trypsingehalt zu erhöhen, jedoch darf die Galle nicht infolge von Brechbewegungen in den Magen gelangt sein. Konstant ist der Befund von Trypsin bei Achylien, fehlt jedoch bei nervösen Magenerkrankungen. Bei Magenkrebs stets positiv, ebenso auch bei Striktura pylori in 10 von 11 Fällen. Bei organischen Erkrankungen des Pylorus tritt nach K. wegen Verschlußunvermögens des Pförtners Pankreassaft leicht in den Magen, bei Pylorusspasmen überhaupt nicht, so daß die Trypsinbestimmung in diesen Fällen differentialdiagnostisch verwertbar ist. Die Trypsinbestimmung im Stuhl hat K. nicht durchgeführt und hält die Caseinmethode auch für unbrauchbar, da noch andere caseinverdauende Fermente in den Faeces vorhanden sind. *v. Reyher* (Dorpat).

Paterson, The form of the human stomach. (Die Form des menschlichen Magens.) Journal of anat. a. physiol. Bd. **47,** S. 356—359. 1913.

An 19 Diagrammen werden die verschiedensten Magenformen wiedergegeben, Bilder, die von injizierten und konservierten Magen aus dem Seziersaal gewonnen wurden. Fast immer zeigte der normale Magen eine mehr oder weniger stark ausgesprochene Aussackung der vor dem Pylorus gelegenen Partie (antrum), der gewöhnlich noch eine leichte Einschnürung vorhergeht (vestibulum). Relativ unverändert bleibt immer die Distanz zwischen Oesophagus und Pylorus, die größte Veränderlichkeit weist die große Kurvatur auf. *Draudt* (Darmstadt).

White, Franklin W., A few important points in X-ray examination of the digestive tract. (Einige wichtige Punkte bei der Röntgenuntersuchung der Verdauungswege.) Boston med. a. surg. journal Bd. **168,** Nr. 13, S. 449—454. 1913.

1. Gestalt und Lage des Magens. Zur Vermeidung von Irrtümern ist es notwendig, mehrere Aufnahmen zu machen und darauf zu achten, daß nicht durch Druck bei unrichtiger Lagerung des Patienten der Magen verschoben wird. Die beste Stellung ist die aufrechte oder Bauchlage mit Unterstützung der Brust und des Unterbauches. Während der gesunde Magen gleichmäßig von seinem Inhalt ausgefüllt wird, sammelt sich in einem atonischen der Inhalt wie in einem schlaffen Sack, dessen Wände oben zusammenschlagen, während der Boden sich dehnt. Bei der sog. Gastroptose fällt der Magen nicht als Ganzes herab, die Kardia ist unbeweglich befestigt, und nur der mittlere und der Pylorusteil sinken nach unten, das Duodenum vielfach mitziehend, so daß der Pylorus in die Mittellinie oder ganz links von derselben zu sehen ist. Bei der schlaffen Erweiterung hängt der Magen bis ins Becken herab, bei der Erweiterung infolge von Pförtnerverengerung nimmt er eine mehr kugelige Gestalt an, die Muskulatur ist hypertrophisch. Verkleinerung im Ganzen findet sich bei den verschiedensten Ursachen: a) Mangel an Inhalt infolge von Oesophagusstenose, Pförtnerschwäche, Gastroenterostomie, Unterernährung. b) Schrumpfung der Magenwände durch infiltrierende Geschwülste. c) Krampfzustände. Ein Magengeschwür an der kleinen Kurvatur liegt vor, wenn der Pylorus nach oben und links verzogen erscheint, intermittierende quere Kontraktionen deuten auf ein frisches Ulcus hin, während die chronisch quere Einziehung eine Narbe vermuten läßt. Sanduhrmagen. In einem gewöhnlichen Magengeschwür bleibt kein Wismut hängen, sondern nur in einem Geschwür, das die Magenwand durchbrochen hat, es findet sich dann im Röntgenbild eine pilzförmige Ausstülpung. Unregelmäßige Aussparungen im Magenbilde deuten auf einen bösartigen Tumor hin. Während der Hauptteil des Duodenums im Röntgenbild nicht leicht zu sehen ist, stellt sich das erste Drittel sehr gut dar und ist vom radiologischen Standpunkte betrachtet eher als ein Teil des Magens als des Darmes anzusehen, dessen schnelle peristaltische Bewegungen ihm gänzlich fehlen. Wichtig ist dieser Anfangsteil des Duodenums als Sitz von Geschwüren. Vorsicht ist geboten bei der Betrachtung des Pylorus, und nicht gleich eine Stenose anzunehmen, wenn

man nur einen schmalen Wismutstreifen sieht, oder auch einmal gar kein Wismut vorhanden ist. 2. Gestalt und Lage des Darmes. Während der Dünndarm durch schnelle Entleerung des Wismutbreies sich der genauen Betrachtung entzieht, gibt das Kolon vortreffliche Bilder, und zwar ob man das Wismut per os oder per anum in den Dickdarm bringt. Stenosen lassen sich leicht auffinden. Auffallend ist die Beweglichkeit des Coecums. Bei den Stenosen ist zu beachten, daß Verschlüsse und Verziehungen durch Stränge bei der Röntgenuntersuchung oft nicht bemerkt werden. Täuschungen werden herbeigeführt durch Kot, der dem Wismuteinlauf den Weg versperrt. Physiologisch findet man eine Verengerung am Übergang des Kolon descendens in das Sigmoideum. 3. Motilität des Magens. Der gesunde Magen ist nach 6 Stunden frei von Wismut, und wesentlich schnellere sowie langsamere Entleerung deuten pathologische Zustände an. Da es keine Einheit für die Wismutmahlzeit gibt, können die Resultate der einzelnen Forscher nicht ohne weiteres verglichen werden. Verf. erklärt so seine von Haudecks Meinung abweichenden Ansichten. Haudeck findet, daß ein einfach atonischer Magen nicht über 6 Stunden zur Entleerung braucht, Verf. hat in 50% seiner Fälle eine Verzögerung bis 8 und 10 Stunden festgestellt. Ähnlich behauptet Haudeck, bei einem frischen Ulcus finde sich stets Krampf des Pylorus; der Krampf des Pylorus sei immer ein Zeichen für eine ernsthafte Erkrankung der Magenwand, während Eppinger, Schwartz und Bordachzi zu entgegengesetzten Resultaten gekommen sind. Eine Stenose des Pylorus kann im allgemeinen als ausgeschlossen gelten, wenn der Magen nach 6 Stunden leer ist, allerdings hat Verf. 2 Fälle von hochgradiger Verengerung beobachtet, in denen der Magen in 5 und $5^1/_2$ Stunden leer wurde. Umgekehrt ist ein Wismutrest nach 24 Stunden, wie Verf. in mehreren Fällen beobachtete, nicht beweisend für eine Pylorusstenose. Sehr auffällig und bisher nicht aufgeklärt ist die Tatsache, daß die Untersuchung mit der Magensonde und die mit Röntgenstrahlen nach Wismutmahlzeit entgegengesetzte Resultate gegeben haben. Ein Magen, der gewöhnlich Speisen ausbricht und viele Stunden Speisereste liegen läßt, nimmt den Wismutbrei willig auf und entleert ihn glatt in den Darm in normaler Zeit. Verf. ist der Ansicht, daß die radiologischen Befunde nur mit großer Vorsicht gedeutet werden dürfen und die übrigen klinischen Methoden nicht vollständig ersetzen können. Die Peristaltik zu beobachten ist ausschließlich durch die Röntgenuntersuchung ermöglicht, aus abnormer Peristaltik lassen sich keine sicheren diagnostischen Schlüsse ziehen. 4. Motilität des Darmes. Das Duodenum ist für gewöhnlich schnell geleert, so daß ein Verweilen des Wismutbreies in dem Duodenum immer ein äußerst wichtiges Symptom darstellt, das für Carcinom, Ulcus chronicum oder Adhäsionen spricht. Den Dünndarm durcheilt der Wismutbrei in 4—5 Stunden, das Coecum wird in 8—16 Stunden passiert und nach Verlauf von im ganzen 28—32 Stunden befindet sich der Wismutbrei im letzten Teil des Kolon. Bei den meisten Fällen von Obstipation fängt die Störung erst im Kolon an oder gar erst am Ende des Kolons, so daß von allgemeiner Darmträgheit nicht gesprochen werden kann, woraus sich die praktische Folge ergibt, daß in solchen Fällen nur Einläufe am Platze sind aber nicht Abführmittel. Verf. wendet sich zum Schluß nochmals gegen die Ansicht, als ob die Röntgenuntersuchung die älteren Methoden ersetzen kann, er will sie nicht einmal in allen Fällen angewendet wissen, sondern nur wenn die übrigen Methoden versagen, der Fall offenba „unklar" ist. Wenn aber geröntgt wird, so soll mit der größten Sorgfalt verfahren werden und die Röntgenuntersuchung kann nur Erfolg haben, wenn sie mit der allerbesten Technik von einem sehr erfahrenen Röntgenologen ausgeführt wird. *Denks* (Hamburg).

Schlesinger, Emmo, Die Ergebnisse der Röntgenuntersuchung beim Ulcus ventriculi. (Berl. Ges. f. Chirurg., Sitz., 20. I. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 511. 1913.

Um einen möglichst erschöpfenden röntgenologischen Befund zu erzielen, soll zunächst in 5 Durchleuchtungen beobachtet werden: Entfaltung des Magens, Zeichnung der Konturen, Peristaltik, Adhäsionen, Pylorustätigkeit, Duodenum, Vorder- und wenn möglich auch Hinterwand. Ergibt sich kein einwandfreies Resultat, so sind drei Auf nahmen zu machen. Eine dorsoventrale, e ne frontale und eine in rechter Seitenlage. Weiters Motilitätsprüfung und Untersuchung auf konstante Schatten. Ein zuverlässiges Symptom, um ein offenes Ulcus von einem vernarbten zu unterscheiden, steht derzeit nicht zur Verfügung. Der Pylorospasmus ist keine regelmäßige Begleiterscheinung eines offenen Ulcus. *Rubesch* (Prag).

Katzenstein, M., Beitrag zur Entstehung und Behandlung des Magengegeschwürs. (Berl. Ges. f. Chirurg., Sitz., 20. I. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 509—511. 1913.

Katzenstein kommt auf Grund seiner seit 6 Jahren über die Frage der Entstehung des Ulcus ventriculi angestellten Versuche zu dem Ergebnis, daß das Ulcus

die Folge einer zirkumskripten Schleimhautschädigung bei Störung des normalen Verhältnisses zwischen Pepsin des Magensaftes und Antipepsin der Magenwand ist. Hieraus ergibt sich die primäre innere Behandlung des Magengeschwüres, die in Inaktivierung des Magensaftes durch Belladonna und Alkalien sowie Diät und in Stärkung des Schutzes der Magenwand durch Besserung des Allgemeinzustandes und Darreichung von Antipepsin zu bestehen hat. Beim kallösen Magengeschwür kommt nur die Operation in Betracht, und zwar bei sehr geschwächten Patienten die Gastroenterostomie ohne Narkose, sonst die Resektion oder die Gastroenterostomie mit Pylorusausschaltung nach v. Eiselsberg. 72 Operationen ohne Todesfall. Mortalität 4,6%. 5mal Circulus vitiosus chron. 2—15 Jahre nach der Operation. *Reinhardt* (Sternberg in Mähren).

Smithies, Frank, Gastric ulcer without food retention: a clinical analysis of one hundred and forty operatively demonstrated cases. (Magengeschwür ohne Speiseretention: Eine klinische Betrachtung von 140 operativ erwiesenen Fällen.) Americ. journal of the med. sciences **145**, S. 340—357. 1913.

Statistisch-tabellarische Zusammenstellung, zum Referat schlecht geeignet. Die wesentlichsten Ergebnisse sind folgende: Mehr als ein Drittel der chirurgisch behandelten Fälle von Magengeschwür sind motorisch suffizient. Auffallend häufig frühere Infektionskrankheiten. 18,9% hatten Typhus durchgemacht. Magengeschwür häufig vergesellschaftet mit Appendicitis (35%) oder Gallenblasenleiden (Cholecystitis, Cholelithiasis) (15%). Man soll auch bei der Operation eines sicheren Ulcus Appendix und Gallenblase revidieren. In 87,8% stehen Schmerzen in direkter Beziehung zur Nahrungsaufnahme, und zwar haben sie 83% innerhalb 4 Stunden nach dem Essen, von den nahe der Kardia sitzenden 44% weniger als 1 Stunde nach dem Essen. Mehr als vier Fünftel der Geschwüre saßen an der Pylorushälfte. Erbrechen in etwa drei Viertel der retentionslosen Fälle, in nahezu ein Drittel auf dem Höhepunkt der Schmerzen erfolgend, in etwas mehr als der Hälfte innerhalb 3 Stunden nach dem Essen. In etwa 40,7% Blutungen, davon ein Fünftel nur Blutbrechen, ein Drittel Blutbrechen mit oder ohne Blutstuhl, in 7,1% nur Blutstuhl. Nahezu zwei Drittel der blutenden Geschwüre zeigten bei der Operation Zeichen von Perforation. Durchschnittliche Gesamtacidität ohne Rücksicht auf Lokalisation 55. Durchschnittliche freie HCl 42,5, gebundene HCl in 82% der Fälle zwischen 10 und 20. Viel freie HCl häufig bei Ulcus am Pylorus. Innerhalb der ersten 4 Stunden nach der Nahrungsaufnahme, während deren die meisten Patienten Schmerzen haben, nimmt die HCl ständig zu. Kranke mit dauernden Schmerzen brauchen keine hohe Acidität zu haben. Mehr als die Hälfte der Nichtbrecher hat höhere Acidität als der Durchschnitt der Brecher. In mehr als zwei Fünftel Sitz des Geschwürs am Pylorus. Von 54 mikroskopisch untersuchten Geschwüren zeigten 24% frische entzündliche Veränderungen, 12% beginnendes Carcinom. Operatives Vorgehen je nach Lage des Falls. Technik häufig verantwortlich für schlechte postoperative Resultate. Promptes Verschwinden der Beschwerden und guter Verlauf ist die Regel nach operativer Behandlung des Ulcus ohne Retention. Operative Mortalität 1,4%. Bei mehr als 4% zweite Operation notwendig. Das waren ungewöhnliche Fälle. *Hoffmann* (Greifswald).

Douarre, Sur un cas de gastro-entérostomie spontanée décelée par la radiographie. (Über einen durch Röntgenstrahlen offenbarten Fall von spontaner Gastroenterostomie.) Arch. d'électr. méd. exp. et clin. **21**, S. 206 bis 210. 1913.

73jähriger Arzt litt lange Jahre an Verdauungsstörungen, verbunden mit zeitweise auftretenden sehr schmerzhaften Magenkrämpfen, die mit Erbrechen einhergingen. In dem Erbrochenen fand sich niemals Blut. In einer Nacht traten die Schmerzen besonders heftig auf, „als ob der Magen mit glühenden Eisen gebrannt würde“. In der Folgezeit ließ die Intensität der Erscheinungen nach, der Allgemeinzustand besserte sich, nur die Obstipation, die früher bestanden hatte, blieb unverändert. Eine radioskopische Untersuchung nach Auf-

nahme von Wismutbrei ergab eine Kommunikation zwischen der großen Kurvatur des Magens und einer Dünndarmschlinge, durch die der Mageninhalt weiter befördert wurde, während er durch den Pylorus nicht durchtrat. Die völlige Entleerung erfolgte sehr langsam und nahm etwa 24 Stunden in Anspruch. Der Magen zeigte sonst keine Abnormität. Es handelte sich also um die Perforation eines Magengeschwürs in den Dünndarm, nachdem eine entzündliche Verwachsung zwischen diesem und dem Magen zustande gekommen war. *Voswinckel.*

Delore, X., et L. Arnaud, Les brûlures de l'estomac consécutives à l'ingestion d'acides. (Die Verbrennungen des Magens, die nach Verschlucken von Säure auftreten.) Rev. de chirurg. Jg. **33**, Nr. 4, S. 486—511. 1913.

Bei der Aufnahme von ätzenden Flüssigkeiten durch den Mund wird der Magen stets am stärksten angegriffen, im Gegensatz zum Duodenum, das durch den Spasmus des Pylorus fast stets intakt ist, auch der Oesophagus bleibt oft infolge des schnellen Passierens der Säuren frei, während Laugen bei ihrer öligen Beschaffenheit meist starke Alterationen der Oesophaguswand verursachen. Am Magen wiederum bildet die große Kurvatur, vor allem das Antrum pylori, den häufigsten Sitz der Verätzung, die kleine Kurvatur bleibt gewöhnlich unverletzt. Als Narbenbildung kommt entweder die Schrumpfung oder aber die Dilatation zustande, letztere vor allem bei Säuren, wenn die Narbe neben dem Pylorus liegt. Für den Grad der Verätzung ist der momentane Zustand des Magens maßgebend: der volle Magen wird geringere Verletzungen aufweisen als der leere, ebenso wie das Trinken von Flüssigkeiten hinterher natürlich die Schwere mindert. Es fragt sich nun, ob ein sofortiger chirurgischer Eingriff nicht angebracht ist, da 1. die internen Maßnahmen (Ausspülung usw.) nicht ausreichen und da 2. die Patienten fast in jedem Fall doch später der Stenosenerscheinungen wegen den Chirurgen überwiesen werden; diese Frage muß in der Regel verneint werden, da die Shockwirkung zu stark ist. Wenn aber infolge Spasmus der Oesophagusmuskulatur kein Erbrechen erfolgt, und das Einführen einer Magensonde zwecks Spülung nicht möglich ist, die Flüssigkeit also in ganzer Konzentration auf die Magenwand wirken kann, dann ist nach Delore und Arnaud einzugreifen. Bei vollständiger Verätzung aller Schichten des Magens ist die Resektion die einzige in Betracht kommende Operation; man kann sie bedeutend abkürzen, indem man die Magenstümpfe nicht vereinigt, sondern jeden für sich in die Haut einnäht, den duodenalen zur Nahrungsaufnahme benutzt. Ist der Prozeß nicht so weit vorgeschritten, sondern nur die Schleimhaut ergriffen, so treten die Pylorostomie, Duodenostomie und Jejunostomie zwecks Ruhigstellung des Magens in Konkurrenz. Als Methode der Wahl bleibt die Jejunostomie nach v. Eiselsberg-Witzel übrig. Bei juxta-pylorischen Narben und dadurch bedingter Pylorusstenose kommt naturgemäß nur die Gastrojejunostomie in Frage.

Valentin (Berlin).

Steinthal, Über postnarkotische Magenlähmung. (Mittelrhein. Chirurg.-Vereinig., Frankfurt a. M., 15. II. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 16, S. 600. 1913.

Kurzes Referat über 4 Fälle von sogenanntem arteriomesenterialen Duodenalverschluß, in denen jedoch ein mechanisches Hindernis an der Radix mesenterii nicht vorlag, so daß Steinthal zu der Annahme einer postnarkotischen Magenlähmung infolge Narkosenintoxikation kam. *Neupert* (Charlottenburg).

Arcangeli, Adolfo, La dilatazione acuta post-operatoria dello stomaco e la sua patogenesi. (Die akute postoperative Magendilatation und ihre Pathogenese.) (*Osp. civ. Umberto I, Castelfidardo.*) Clin. chirurg. Jg. **21**, Nr. 3, S. 535 bis 560. 1913.

Verf. erklärt die Erscheinung als Folge einer Insuffizienz der Nebennieren. Aus zwei eigenen Beobachtungen und einer dritten von Paoli ist hervorzuheben.

1. Chronische Appendicitis. Unter erschwerter Chloroformnarkose (100 cc.) wird mühsam ein stark verdickter adhärenter Wurmfortsatz entfernt. Nach 2 Tagen und bisher normalem Verlauf beginnt die typische Magendilatation. Die Bauchwunde platzt. Wegen

Meteorismus der Därme wird ein Anus angelegt. Besserung. Am 5. Tage erneutes stürmisches Brechen, Diarrhöen, Exitus im Collaps. Von der Wunde aus ließ sich eine enorme Magendilatation feststellen. 2. Incarcerierte Hernie. Reposition, Radikaloperation in Lokalanästhesie. Übernähen einer defekten Stelle. Am folgenden Tage Magendilatation und Brechen. Magenspülung, Lagewechsel bringen vorübergehende Erleichterung. Bei erneuten stürmischen Symptomen, Brechen, Pulslosigkeit, Anurie werden Paraganglin Vassale dreimal 20 Tropfen gegeben. Sukzessive Besserung. 3. Große Schenkelhernie. Radikaloperation unter Chloroformnarkose. Vom 3. Tage ab Magendilatation, welche nach 10 Tagen zum Tode führte. Sektion unterlassen.

Nach Anführung verschiedener bekannter Theorien, welche das Krankheitsbild nicht genügend erklären, betont Arcangeli die Beobachtung von Reynier und Legueu, daß die Störung häufig bei Individuen auftrete, welche zu Hemmungseinflüssen disponiert seien; als solche seien auch aufzufassen, die tiefe Prostration, der auffallende Kräftenachlaß und die psychische Schwäche. In Verbindung mit den Störungen am Darmtractus sollen diese Erscheinungen entsprechen dem klinischen Bilde, welches bekannt ist als Insuffizienz der Nebennieren. Die akute postoperative Magendilatation sei bedingt durch eine Funktionsstörung der Capsula suprarenalis, welche entweder akut ausbricht, nach Ebstein charakterisiert als pseudoperitonitisches Phänomen; heftige Leibschmerzen Muskelspannung profuses Brechen, kleiner, frequenter Puls; oder auch chronisch latent, durch eine längere Narkose ausgelöst werden kann, indem das Chloroform nach Delbet in der Capsula suprarenalis die Rindensubstanz zerstört. Für die Therapie empfiehlt A. Applikation von Nebennierensubstanz, Paraganglin Vassale, Adrenalin. *Hotz* (Würzburg).

Zesas, Denis G., Die Tuberkulose des Magens. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. **16,** S. 448—508. 1913.

Unter 12 528 Sektionen des Kieler pathologischen Instituts wurde in 47 Fällen Tuberkulose des Magens festgestellt. Von den 47 Beobachtungen waren 100% mit Lungentuberkulose, 91,5% mit Darmtuberkulose, 74% mit Lebertuberkulose, 68,1% mit Lymphdrüsentuberkulose kombiniert. — Magentuberkulose ist sehr selten, weil der Tuberkelbacillus sich nur bei Störungen des Chemismus, der Motilität des Magens oder bei Defekten der Schleimhaut ansiedeln kann. Normaler Magensaft schwächt die Lebensfähigkeit der Tuberkelbacillen, erst nach langer Einwirkung werden sie abgetötet. Die Hypochlorhydrie der Phthisiker begünstigt die Ansiedlung der Kochschen Bacillen. Die primäre Infektion geschieht durch infiziertes Fleisch und durch die Milch an generalisierter oder Eutertuberkulose leidender Tiere. Die sekundäre Infektion findet am häufigsten durch verschlucktes bacillenhaltiges Sputum, durch hämatogenen oder lymphogenen Transport und durch Kontinuitätsinfektion von Nachbarherden aus statt. Die Tuberkulose kann als ulceröse und hypertrophische Form auftreten und ist meistens an der großen Kurvatur der Pars pylorica lokalisiert. Sie führt selten, bisher nur in 6 Fällen zur Perforation in die freie Bauchhöhle, hie und da zu Fistelbildung in andere Organe, häufig zu perigastritischen Tumoren. Die Magentuberkulose erzeugt kein klinisch charakteristisches Symptomenbild. Schmerzen und Erbrechen sind häufig, Hämatemesis selten. Der Magensaft kann sich wie beim Magengeschwür und auch wie beim Magencarcinom verhalten. Die Operation der Wahl bei der Magentuberkulose ist die Gastroenterostomie. *Klose* (Frankfurt a. M.).

Fairise, C., et Louis Caussade, Perforation de l'estomac au niveau du fond d'un cancer ulcéré et volvulus de l'intestin grêle dus à l'ingestion de boullie barytée en vue du diagnostic radiographique. (Magenperforation im Bereich eines carcinomatösen Geschwüres mit Volvulus des Dünndarmes nach einer diagnostischen Baryummahlzeit.) Progr. méd. Jg. **41,** Nr. **15,** S. **194** bis 195. 1913.

Ein 58jähriger Mann mit Verdacht auf Magencarcinom erhält zwecks Röntgenaufnahme eine Mahlzeit von 150 g Baryumsulfat. Nach 24 Stunden Erbrechen, Auftreibung des Leibes und Tod. Die Sektion ergab einen carcinomatösen Sanduhrmagen, diffuse Perforationsperitoni-

tis und Ileus infolge Umschnürung einer tiefen Ileumschlinge mit ihrem Mesenterium durch eine höhere. Der Pylorus war abnorm weit.

Der Ileus wird in ursächlichem Zusammenhang mit der Baryummahlzeit gebracht. Bei vielen Tieren, besonders bei Pferden wird nach schneller Aufnahme großer Nahrungsmengen sehr häufig Volvulus beobachtet, der sich meistens schnell wieder zurückbildet. In dem mitgeteilten Fall wird angenommen, daß durch den abnorm weiten Pylorus schnell eine im Becken gelegene Dünndarmschlinge mit dem spezifisch schweren Baryumsulfat überladen, dilatiert und gelähmt wurde. Die Vermehrung der Peristaltik in den benachbarten Schlingen führte zum Volvulus. Verff. schließen an ihre Beobachtung die Mahnung, fernerhin zu Röntgenaufnahmen des Magendarmkanals spezifisch schwere Substanzen, wie das Baryumsulfat nicht mehr zu verwenden. *Klose* (Frankfurt a. M.).

Whipple, G. H., H. B. Stone and B. M. Bernheim, Intestinal obstruction. 1. A study of a toxic substance produced in closed duodenal loops. (Ileus. 1. Eine Untersuchung über eine toxische Substanz, gebildet in geschlossenen Duodenalschlingen.) (*Hunter. laborat. of exp. pathol., Johns Hopkins med. school, Baltimore.*) Journal of exp. med. **17,** S. 286—306. 1913.

Verff. haben an Hunden die Duodenalschlinge unterhalb vom Pankreas ganz bis zum Übergang in das Jejunum geschlossen ausgeschaltet und eine Gastroenterostomia posterior angelegt. Sie haben an 90 operierten Tieren folgende Beobachtungen gemacht. Die Hunde sterben unter Symptomen, die denen durch Volvulus oder hohem Ileus gleichen. Werden die ausgeschalteten verschlossenen Schlingen vorher gut ausgewaschen, so leben die Tiere etwas länger, jedoch kaum über 3 Tage. Die Hunde verlieren große Flüssigkeitsmengen durch Erbrechen und Diarrhoe, außerdem zeigen sie kleinen Puls, niedrigen Blutdruck und Temperatursteigerung. Normale Hunde, die mit dieser aus dem Inhalt der Schlinge gewonnenen toxischen Substanz injiziert werden, starben unter den gleichen Erscheinungen. Drainage der ausgeschalteten Schlinge erhält die Versuchstiere monatelang am Leben. Verff. kommen zu dem Schluß, daß in der geschlossenen Duodenalschlinge eine giftige Substanz gebildet und absorbiert wird, die Intoxikation und Tod verursacht., *Gelinsky.*

Whipple, G. H., H. B. Stone and B. M. Bernheim, Intestinal obstruction. 2. A study of a toxic substance produced by the mucosa of closed duodenal loops. (Ileus. 2. Eine Untersuchung über eine toxische Substanz gebildet von der Schleimhaut der geschlossenen Duodenalschlinge.) (*Hunter. laborat. of exp. pathol., Johns Hopkins med. school, Baltimore.*) Journal of exp. med. **17,** S. 307—323. 1913.

Im Verlauf der weiteren Arbeit an Versuchshunden über das gleiche Gebiet kommen die Verff. zu folgenden Schlüssen: Die Schleimhaut von geschlossenen oder drainierten Duodenalschlingen enthält eine toxische Substanz ganz gleich dem toxischen Material, das sich in dem Lumen der geschlossenen Schlinge befindet. Diese toxische Substanz wird von der Schleimhaut selbst gebildet und absorbiert. Normale Dünndarmschleimhaut enthält keine toxische Substanz, noch kann sie in vitro die toxische von der geschlossenen Duodenalschlingenschleimhaut gebildeten Substanz neutralisieren. Die toxische Substanz wird nicht von der normalen Schleimhaut absorbiert. Zerstörung der Schleimhaut in der geschlossenen Schlinge verhindert die Bildung der toxischen Substanz. Diese Tatsache bildet den Schlußring in der Beweiskette, daß die Schleimhaut es ist, die das giftige Material liefert. *Gelinsky* (Berlin).

Plitek, V., Klinischer Beitrag zur Kenntnis des Ulcus duodenale. (*Ambulat. f. Magen-Darmkr., Bezirkskrankenkasse Triest.*) Arch. f. Verdauungs-Krankh. Bd. **19,** H. 2, S. 197—218. 1913.

Es wird über 13 eigene Fälle berichtet, 11 Männer zwischen 20 und 40, 2 Frauen zwischen 50 und 60 Jahren. Alle wurden operiert (Gastroenterostomie, Pylorusausschaltung), überall stimmte die Diagnose. Die äußerst eingehende Analyse seiner Fälle

berücksichtigt in der Anamnese den Beruf (gebückte Körperhaltung), frühere Infektionskrankheiten, besonders die Syphilis (Wassermann überall negativ), Magenleiden in der Familie, Ernährung (vegetabilisch, animalisch), Alkoholismus, Coffein-, Nicotinabusus, das Trauma (Hautverbrennung). Symptome: Am wichtigsten der Schmerz, der als sog. Hungerschmerz, durch Auftreten 3—4 Stunden nach der Nahrungsaufnahme, durch seine Periodizität, sein Erscheinen während der Nacht, seine Verschlimmerung oder Besserung nach Bewegungen und in besonderen Körperstellungen, durch Nachlassen im Sommer, durch Vorhandensein einer schmerzhaften Partie unter dem rechten Rippenbogen und neben dem 12. Brust- oder 1. Lendenwirbel rechts von der Wirbelsäule charakterisiert und verschieden ist. Aufstoßen und Erbrechen (3 mal blutig) häufig schon jahrelang vor Beginn der Schmerzen. Okkulte Blutungen wurden nur 4 mal festgestellt. Die Untersuchung des Mageninhalts ergab 5 mal normale, 8 mal erhöhte Salzsäurewerte. Der Hämoglobingehalt des Blutes schwankte 8 mal zwischen 85—100%, 5 mal zwischen 55—85%. Besondere diagnostische Wichtigkeit gebührt dem Röntgenbefund, der unter den 13 Fällen 11 mal den Sitz des Ulcus sicherstellte. Diese Untersuchung (Primarius Gortan) ergab: 4 mal Pylorusinsuffizienz, 3 mal undurchgängigen Pylorus, 3 mal pathologische Nische der Duodenalwand, 5 mal kleinen Siebenstundenrest im Duodenum, 5mal Hypermotilität, 5mal lokalisierten Druckschmerz. Die Leubesche Ulcuskur zeitigte keine erfreulichen Resultate. Die Operation (s. oben) ist überall erst 6—7 Monate her, Dauerresultate können daher nicht angegeben werden. Die subjektiven Beschwerden nahmen ab, Kräftezunahme und Arbeitsfähigkeit trat ein. Eine Frau starb 7 Monate nach der Operation infolge Ileus durch Strangbildung von der Gastroenterostomiewunde aus. Das Geschwür saß 11 mal in der Pars superior, 1 mal in der Pars descendens oberhalb der Papilla Vateri, überall also oberhalb der Mündung der Gallengänge. 1 Fall zeigte Dilatation der Pars horizontalis durch Stenosierung zwischen Pars horizontalis und descendens. Zur Differntialdiagnose zwischen Ulcus ventriculi und duodeni ist dem Verf. erwähnenswert, daß augenscheinlich (im allgemeinen) der Schmerz bei Ulcus duodeni bei Bewegungen abnimmt und daß die Temperatur niedriger ist als beim Ulcus ventriculs (bei diesem rectal über, bei jenem unter 37°!). Zum Schluß die 13 Krankengeschichten.

Eugen Schultze (Berlin).

Cooley, E. B., Duodenal ulcer. (Duodenal-Geschwür.) Illinois med. journal Bd. **23**, Nr. 3, S. 287—292. 1913.

Thalheimer, William, Gas cysts of the intestine. (Gascysten des Darms.) Proceed. of the New York pathol. soc. **13**, S. 5—12. 1913.

Bei einem Fall, der wegen Magenperforation operiert war, fand sich bei der Sektion außer einer enormen Magendilatation infolge Pylorusverengerung eine vollständige Verlagerung des Kolons sowie Verwachsungen der Schlingen des Ileum sowohl untereinander als auch mit der Oberfläche der Leber und dem Zwerchfell. An diesen verwachsenen Schlingen waren zahlreiche mit Gas gefüllte Cysten von der Größe einiger Millimeter bis zu 2 cm. Beschreibung des mikroskopischen Baues. Solche Gascysten sind verhältnismäßig seltene Befunde. Außer in der Mucosa können sie in allen Schichten der Darmwand liegen, meist liegen sie in der Serosa. Die Cysten sind fast durchweg mit Endothel ausgekleidet. Von Zellen finden sich kubische, zylindrische und auch Riesenzellen, welch letztere sich nicht nur in der Cystenwand, sondern auch im benachbarten Bindegewebe und namentlich in den Lymphspalten und Capillaren finden. Die Gascysten als solche machen selten Symptome, sondern sind meist Begleiterscheinungen anderer Erkrankungen des Intestinaltraktus. Die Ätiologie ist noch nicht aufgeklärt, nur so viel steht fest, daß die verstopfende Endothelproliferation der Lymphgefäße von Bedeutung für die Entstehung der Gascysten ist.

Kohl (Berlin).

Harris, Rowland H., Fecal impaction in the ileum for fifty-three days, with recovery. (Kotstauung im Ileum während eines Zeitraums von 53 Tagen mit Ausgang in Heilung.) Journal of the Americ. med. assoc. **60**, S. 722—727. 1913.

Ausführliche Krankengeschichte eines Patienten, dem 3 Jahre vorher wegen Carcinoms des Colon sigmoideum ein Anus praeter angelegt worden war. 2 Jahre nach dieser Operation soll er eine 49tägige Stuhlverstopfung gehabt haben. In Behandlung des Verf. begab er sich,

weil seit 53 Tagen keine Stuhlentleerung erfolgt sei, während Gase sich durch den Anus praeter entleert hätten. Auffallend war das kaum gestörte Allgemeinbefinden, der erst in der letzten Zeit etwas abnehmende Appetit. Die Verhaltung wurde durch Spülung durch den Anus praeter behoben. Aus dem spezifischen Gewicht der Stuhlflüssigkeit wurde eine Kotmenge von über 16 Pfund berechnet. Harnanalyse. Röntgenbilder. *Jüngling* (Tübingen).

Sultan, C., Eine seltene Indikation zur Darmresektion. Münch. med. Wochenschr. **60**, S. 761—762. 1913.

Von einer Frau war ein Sterilett (Obturator uteri) mehrere Monate lang getragen worden. Wegen schmerzhafter Blutungen wurde von einem Arzte zwecks Curettage mit Hegarschen Stiften dilatiert. Nach der Dilatation wurde die Uterushöhle ausgetastet und darin ein Tumor gefühlt, der als Polyp angesprochen wurde. Beim Vorziehen desselben mit der Abortzange stellte es sich heraus, daß es sich um eine Dünndarmschlinge handelte. Von der Bauchhöhle aus wird die in einer Ausdehnung von 20 cm ihres Mesenteriums beraubte Dünndarmschlinge reseciert. Es wird angenommen, daß durch das Sterilett ein Decubitalgeschwür hervorgerufen und an dieser Stelle mit dem Hegarschen Stifte oder der Abortzange eine Perforation gesetzt wurde. *Wortmann* (Berlin).

Wurmfortsatz:

Péraire, Maurice, Des intoxications graves surajoutées à l'appendicite. (Schwere Intoxikationen als Folgezustand der Appendicitis.) Journal de méd. interne Jg. **17**, Nr. 10, S. 93—95. 1913.

Boehme, Gustav F., The differential diagnosis between pneumonia and appendicitis. (Differentialdiagnose zwischen Pneumonie und Appendicitis.) Med. record **83**, S. 567—570. 1913.

Es gibt Krankheitsbilder, bei denen eine frühe Differentialdiagnose zwischen Pneumonie und Appendicitis unmöglich ist. 6 dahin gehörige Fälle werden aufgeführt. Differentialdiagnostisch verwendbar sind der Schmerz, bei Pneumonie scharf und lanzinierend, bei Appendicitis zunächst kolikartig im Epigastrium, später ständig in der rechten Fossa iliaca; Nausea und Vomitus, die wenn sie zunehmen, für Appendicitis sprechen; Empfindlichkeit des Bauches gegen Druck, bei Pneumonie ausgebreiteter und in oberflächlicheren Bauchschichten; Temperaturanstieg, bei Pneumonie im allgemeinen plötzlicher und höher; Aussehen, bei Pneumonie Nasenflügelatmen, bei Appendicitis facies peritonitica, doch meist erst im späteren Verlauf; Körperhaltung, bei Appendicitis häufiger Anziehen des rechten Beines im Hüftgelenk; Bauchdeckenspannung bei Appendicitis ausgeprägter; Fröste bei Pneumonie häufiger; Respiration im Verhältnis zur Pulszahl bei Pneumonie beschleunigt, stoßweise, Exspirieren von Rasseln begleitet; Herpes labialis und Husten sprechen für Pneumonie. *zur Verth* (Kiel).

Solieri, Sante, Sur la douleur épigastrique dans l'appendicite. (Über den epigastrischen Schmerz bei Appendicitis.) (*Hôp. de Forli.*) Rev. de chirurg. Jg. **33**, Nr. 4, S. 555—562. 1913.

Der epigastrische Schmerz (zwischen Processus xiphoideus und Nabel, oft auf den Magen bezogen) kann im vollsten Wohlbefinden plötzlich einsetzen (Appendicitis phlegmonosa ohne Beteiligung der periappendikulären Organe), kann nach mehreren Appendicitisanfällen intermittierend auftreten (Entzündungsfolgen in der Appendixwand mit Stauung des Inhalts), kann endlich ohne akuten Beginn andauernd vorhanden sein und mit allgemeiner Depression und hartnäckiger Verstopfung einhergehen (angeborene Veränderungen der Appendix, abnorme Länge usw. mit Retention). Allen drei Arten ist die exzentrische oder konzentrische Spannung der Appendixwand gemeinsam. Eine Erklärung dieser Erscheinungen wird an der Hand von Lumbalanästhesieerfahrungen bei Appendixoperationen dahin versucht, daß die Distension und Konstriktion der Wand der Appendix die Ursache für den Schmerz abgibt. Der Schmerz beruht auf den Reflex des Vagus ähnlich den sekretorischen und vasomotorischen Reflexen und wird wie diese im Magen empfunden. Der Vagus wird auf dem Wege über den Plexus mesentericus superior und den Plexus solaris erreicht. *zur Verth* (Kiel).

Hildige, H. J., Antistreptococcal serum in appendicitis. (Antistreptokokkenserum bei Appendicitis.) Brit. med. journal, Nr. **2728**, S. 768. 1913.

Bei einem Fall von perforierter Appendicitis mit örtlicher Peritonitis und mit Erguß im rechten Brustfellraum, der sich nach Exstirpation des Wurmfortsatzes und Resektion einer Rippe zunächst nicht gebessert hat, tritt nach zweimal wiederholter Einspritzung von 10 g Antistreptokokkenserum Fieberabfall und Besserung ein. *zur Verth* (Kiel).

Merrem, Appendicitis und Paratyphus B. (*Kgl. Garnisonlaz., Königsberg i. Pr.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 15, S. 690—692. 1913.

Fall von Paratyphus B, dessen Erkrankung als schwere Appendizitis einsetzte. Der

sofort ausgeführte Eingriff ergab beginnende Gangrän des schwer veränderten Wurmfortsatzes. Zunächst Besserung; am zweiten Tage nach dem Eingriff Verschlechterung unter dem Bilde des Eiterfiebers; am neunten Tage Zeichen von Bauchfellentzündung; am 11. Tage Exitus. Sektion: Diffuse Bauchfellentzündung, Coecum und größter Teil des Colon ascendens gangränös, trombophlebtische Infektion des Pfortadergebietes. In der vergrößerten weichen Milz Paratyphus B in Reinkultur. *zur Verth* (Kiel).

Bertelsmann, Zur Technik der Appendektomie. (*Rotes Kreuz, Kassel.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **122,** H. 1/2, S. 158—159. 1913.

Immediate operation in appendicitis. (Sofortige Operation bei Appendicitis.) Austral. med. journal Bd. **2,** Nr. 88, S. 959. 1913.

Bertelsmann, Soll im Intermediärstadium der akuten Appendicitis operiert werden? (*Rotes Kreuz, Kassel.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **122,** H. 1/2, S. 155 bis 157. 1913.

Die Tatsache, daß Bertelsmann auch im Intermediärstadium der Appendicitis operiert, hat ihm keinen Todesfall verschuldet. Das gereizte Peritoneum befindet sich in einem Zustand höherer Wehrkraft. Bei einer akuten Appendicitis liegen daher die Verhältnisse für den Eingriff günstig, indem alle Wehrkräfte des Organismus sich in mobilem Zustand befinden. Dieselben Verhältnisse liegen aber auch noch im Intermediärstadium vor. Anders bei abgekapseltem Absceß, der bereits so fest gegen die übrige Bauchhöhle abgeschlossen ist, daß er auf sie keinen Reiz mehr auszuüben vermag. B. operiert in beiden Fällen. Er schützt beim Absceß, wenn er der Bauchwand nicht anliegt, die Bauchhöhle durch sorgfältige Tamponade. Auch in der Schwierigkeit der Versorgung des Wurmfortsatzes und in der Gefahr der Entstehung von Bauchbrüchen sieht er keinen Grund, auf die Intermediäroperation zu verzichten. *zur Verth* (Kiel).

Bérard, Léon, et Paul Vignard, A propos de l'appendicectomie sous-séreuse à froid. (Über subseröse Appendektomie im Intervall.) Bull. méd. **27,** S. 255 bis 258. 1913.

Verff. haben in mehreren Fällen (ausführliche Krankengeschichten) nach retrocökaler subseröser Ausschälung des Wurmfortsatzes Störungen des Heilverlaufs (Absceß- und Fistelbildungen) beobachtet. Sie ziehen daraus folgende Lehren: 1. Bis zur Operation soll mindestens ein Monat nach Verschwinden von Fieber, Schmerz und Bauchdeckenspannung gewartet werden. 2. Bei der Ausschälung soll man sich streng an die Serosa halten, um ein Zerreißen des Wurmfortsatzes zu verhüten. 3. Zerreißt die Appendix während der Operation, so muß unter allen Umständen der abgerissene Stumpf entfernt, sein Bett mit Jodtinktur tamponiert werden. *Jung* (Straßburg).

Bérard, Léon, et Paul Vignard, Diverticules et kystes de l'appendice. (Divertikel und Cysten des Wurmfortsatzes.) Prov. méd. Jg. **26,** Nr. 15, S. 157 bis 159. 1913.

Nach eingehendem Referat über die bisherige Literatur besprechen die Verff. an der Hand einer schematischen Abbildung die Unterschiede zwischen echten und falschen Divertikeln des Wurmfortsatzes und betonen, daß letztere an beliebiger Stelle, breit mit dem Lumen des Wurmfortsatzes kommunizierend, die Muscularis durchbrechend, ihre Entstehung durch Entzündungsvorgänge dadurch zeigen, daß die Schleimhaut zerstört ist. Die echten Divertikel dagegen finden sich an Stellen der Gefäßeintritte, also am Ansatz des Mesenteriolum, zeigen eine enge Kommunikation mit dem Lumen des Wurmfortsatzes und sind, zum Teil durch Muskulatur umgeben, mit Schleimhaut ausgekleidet. Auch in ihnen lokalisieren sich leicht Entzündungen, so daß die Schleimhaut dann verloren geht. Die Divertikelappendicitis unterscheidet sich nicht von der sonstigen, verläuft aber häufig milde und zeigt „Formes frustes".

Dafür bringen die Verff. eine Beobachtung:

Bei einem 45jährigen Chauffeur mit chronischen Ileocoecalschmerzen, fand sich in dem operativ entfernten Wurm, $1^1/_2$ cm von der Spitze entfernt, eine Ulceration, die eine enge Kommunikation mit einem eitergefüllten erbsengroßen Raum, gegen das Mesenteriolum zu gelegen,

aufwies und außerdem noch mit in Zerstörung begriffener Schleimhaut ausgekleidet war. Über die cystischen Erweiterungen des Wurmfortsatzes wird nur aus der vorhandenen Literatur referiert. *Schmidt* (Würzburg).

Dickdarm und Mastdarm:

Eastman, Joseph Rilus, The foetal peritoneal folds of Jonnesco, Treves, and Reid, and their probable relationship to Jackson's membrane and Lane's kink. (Die fötalen peritonealen Falten von Jonnesco, Treves und Reid und ihre wahrscheinliche Verwandtschaft mit Jacksons Membran und Lanes Schleife.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16**, Nr. 4, S. 341—353. 1913.

Zweck der Abhandlung ist, die auffallende Ähnlichkeit der fötalen peritonealen Falte von Jonnesco und Juwara, sog. parietocol. Falte, mit der allgemein als Jacksonsche Membran bekannten peritonealen Anomalie Erwachsener, die Jackson auf eine membranöse Kolitis bezieht, nachzuweisen; ferner auf die wahrscheinlichen Beziehungen hinzuweisen, die zwischen der blutlosen Trevesschen Falte und einem beim Erwachsenen nicht seltenen peritonealen Umschlag bestehen, der vom parietalen Peritoneum sich auf- und abwärts über Caput coli und proc. vermiform. erstreckt und an die letzten 5—7 cm des Ileum und das Peritoneum des Caput coli anheftet. Dieser bildet die Vorderwand einer präkolischen Grube, in der Coecumkopf und Appendix wie in einer Tasche liegen. Bei Appendixoperationen werden diese Zustände häufig als Folge von Adhäsionsbildung angesehen. Douglas Reid hat unter dem Namen genitomesent. Falte eine fötale peritoneale Falte beschrieben, die vom Ende des Ileum in das Becken hineinzieht. Die parietokolische Falte von Jonnesco und Juwara zieht meist vom Peritoneum der linken inneren Seite des Colon ascend. über dessen Vorderseite schräg aufwärts zum parietalen Peritoneum, rechts vom Colon ascend. Verf. fand unter 28 über 6 Monaten alten Föten die parietokolische Falte 5 mal, Reid sie unter 20 Fällen 3 mal = 15%. Die Membran ließ sich in den 5 Fällen des Verf. leicht von dem darunterliegenden Peritoneum des Colon trennen. Das gilt für viele Fälle der Jacksonschen Membran. Verf. hat einige Übergangsstadien der Falte Jonnescos gefunden, die zeigen, daß sich zwischen Coecumserosa und parietaler Serosa Adhäsionen zu einer Zeit bilden, wo das Coecum noch subhepatisch liegt. Der folgende Abstieg des Coecum mit Drehung und Einwärtsrollung um die Längsachse zieht die parietale Serosa auf die Vorderseite des Kolon in schiefer oder spiraliger Richtung hinüber. Die Trevessche Falte fand sich unter 28 Fällen des Verf. 9 mal. Sie zog fächerförmig vom seitlichen hinteren parietalen Peritoneum zum Endteil des Ileum und Caput coli, mit dem den Darm bedeckenden Peritoneum verschmelzend. Das intestinale Ende war immer das schmalere. In der durch dieses Band gebildeten Tasche waren Wurmfortsatz und mehr oder weniger Coecum und Caput col. verborgen. Auch bei sog. Appendicitisoperationen hat Verf. einige Male Caput coli und Appendix aus der Trevesschen Tasche herausgeholt. Er hat die Falte auch bei Operationen gefunden, die mit dem Darm gar nichts zu tun hatten. Die genitomesent. Falte Reids zieht vom Mesenterium des letzten Ileumabschnittes in das Becken und ist beim Fötus mit der Geschlechtsdrüse unten verwachsen. Sie scheint eine sekundäre Verbindung zwischen Ileum und durch das mesoappendikale Peritoneum mit der Appendix selbst zu sein, vielleicht verantwortlich für die häufige Verbindung zwischen Appendicitis und Oophoritis. Reid beschreibt die Falte unter der Appendix liegend, während die Trevessche über Kopf des Colon und Appendix zieht. Verf. hat die Reidsche Falte nie als getrennte Falte, sondern nur als inneren Rand der Trevesschen Falte gesehen. Die genitomesent. Falte Reids oder der hervortretende Rand der Trevesschen Falte stimmen in Lage und Anheftung mit dem ileopelvischen Band Lanes überein. Die Adhäsionen des Colon am Peritoneum seines eigenen Mesenteriums, auf die Reid aufmerksam gemacht hat, hat Verf. 2 mal beim Erwachsenen ohne irgendwelche entzündliche Erscheinungen beobachtet. Nicht alle als Jacksonsche Membranen bezeichnete Anomalien sind persistierende fötale Falten. Pilchers Ansicht, daß andauernde und

oft wiederholte geringfügige Infektionen des Peritonealüberzuges durch die Wand von Coecum und Appendix hindurch, und Gersters, daß die Membran eine peritoneale Reaktion auf einen infektiösen Prozeß mit chronischer Kolitis ist, passen gut zur Erklärung des embryonalen Ursprungs dieser Membranen durch Flint, da ihre Verklebungen und Adhäsionen zweifellos direkt oder indirekt auf Entzündung beruhen.

Hoffmann (Greifswald).

Forssner, Hj., Ein neuer Beitrag zur Pathogenese der angeborenen Darmatresien. Zentralbl. f. Chirurg. **40,** S. 193—197. 1913.

F. hat sich stets gegen die von Tandler aufgestellte Hypothese gewandt, als ob die Darmatresien durch Hemmung im Stadium der Epithelverschließungen aufzufassen seien. Er behauptet, daß das Mesenchym von verschiedenen Seiten in das Darminnere einwachse und dadurch die Atresie zustande komme, daß die Mesenchymzapfen zusammenstoßen und verwachsen in verschiedener Ausdehnung. Ein Präparat eines 22 mm langen Embryos und entsprechende mikroskopische Schnitte und deren Wachsrekonstruktion sollen beweisen, daß Mesenchymbrücken durch Verwachsungen entstehen können. Dies mache die Entstehung einer Atresie nach seiner Auffassung (Archiv f. kl. Chir. B. 100 p. 477) sehr wahrscheinlich. F. glaubt auch nicht, daß als primär notwendiges Entwicklungsstadium eine völlige Epithelverschließung des Darmes vorhanden sei, weil er und andere sie nicht einmal im kranialsten Darmteile als konstant vorkommende Glieder der Entwicklung gefunden habe. Er faßt sich dann dahin zusammen, daß die Atresien entstehen durch hyperplastische Entwicklung der Mesenchymzapfen zu einer Zeit, wo das Lumen des Darmes ganz oder teilweise von embryonalem Epithel ausgefüllt ist. *Weichert* (Breslau).

Eisenberg, Carl, Über die von erworbenen Divertikeln der Flexura sigmoidea ausgehenden entzündlichen Erkrankungen. (*Chirurg. Priv.-Klin., Hofrat Dr. Krecke, München.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83,** H. 3, S. 627—638. 1913.

45jähr. Förster, der seit $^3/_4$ Jahren an Stuhlverstopfung, zeitweiligem Schleim- und Blutabgang und Schmerzen im Unterbauch links litt und bei dem in der linken Darmbeingrube ein faustgroßer harter Tumor von glatter Oberfläche zu fühlen war, wurde unter der Diagnose Flexurcarcinom operiert. Es fand sich ein mannsfaustgroßer Tumor der Flexur, der mit der Blase so innig verwachsen war, daß sie bei seiner Ablösung eröffnet wurde. Blasennaht, einzeitige Resektion der Flexur, Anlegung einer Fistel am Colon transversum, die nach 4 Wochen geschlossen wurde. Heilung. Der Tumor ist rein entzündlicher Natur; innerhalb starker Falten fanden sich „vier röhrenförmige Ausstülpungen der Schleimhaut, deren tiefste $1^1/_2$ cm lang war. Die Öffnungen sind trichterförmig, die Lumina vom Umfang eines Stecknadelkopfes, enthalten eine schleimigkotige Masse. In ihrer Umgebung ist die Darmwand nahezu $2^1/_2$ cm dick, die Peritonealseite ist von bindegewebigen Membranen bedeckt, keine Ulcerationen.“ Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß sich Mucosa und Submucosa durch beide Schichten der Muskulatur hindurchdrängen, in der Umgebung der Divertikel rein entzündliche Veränderungen ohne spezifischen Aufbau. Zusammenstellung von 54 anderen in der Literatur beschriebenen Fällen der 1898 von Graser beschriebenen Erkrankung. Beachtenswert ist, daß Eisenbergs Patient ebenso wie viele von anderen beobachtete sehr fettleibig war (Ausstülpung der Mucosa durch Lücken der Darmmuskulatur, die durch Fettschwund längs der Gefäße entstanden sind). Die Gefahr der Erkrankung liegt in der Stenosierung und in der Möglichkeit einer Perforation in die freie Bauchhöhle oder in Nachbarorgane z. B. die Harnblase, wie sie sich auch in vorliegendem Falle vorbereitete. *Moszkowicz* (Wien).

Burkhardt, L., Die operative Behandlung des Coecum mobile. (*Allg. Krankenh., Nürnberg.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83,** H. 3, S. 642—651. 1913.

Bei der Krankheit, welche Coecum mobile genannt wird, ist das Coecum nicht nur abnorm beweglich, sondern auch erweitert und verlängert. Die Beschwerden bestehen in Schmerzen in der Blinddarmgegend und Obstipation. Wenn die interne Therapie versagt, rät Verf. zur Operation. Dieselbe besteht in der Fixation des Coecums und in der Verkleinerung desselben durch Raffung. Auf diese Weise hat Verf. 6 Fälle operiert, in 5 weiteren Fällen hat er noch die Fixation des ptotischen Colon transversum hinzugefügt. In je einem Falle wurde die Coecoraphie oder die Coecopexie allein ausgeführt. 9 Patienten wurden nach der Operation vollständig geheilt, 4 hatten weiter geringe Beschwerden. *v. Winiwarter* (Wien).

Schmidt, E., Milzbrandtumor des Coecum. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83,** H. 3, S. 728. 1913.

Demonstration eines operativ entfernten faustgroßen Milzbrandtumors des Coecums. Klinische Diagnose: Appendicitis oder Invagination. An dem Präparat war durch mikroskopi-

sche Untersuchung nachzuweisen, daß von den an der Innenfläche des Darmes gelegenen Ulcerationen massenhafte Milzbrandbacillen das Gewebe durchwuchert hatten; Gefäße und Lymphdrüsen dagegen waren frei. Die Operation bestand in Resektion des Coecum und Colon ascendens, Ileo colostomie side to side; Heilung. Infektionsgelegenheit: 8 Tage vor Erkrankung war auf dem Hofe des Pat. ein von Milzbrand befallenes Schwein verstorben. *Knoke.*

Mauclaire, À propos du mégacôlon. (Beitrag zum Megacolon.) Mitteilung von drei einschlägigen Fällen. Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris **39**, S. 108—109. 1913.

Im ersten Falle handelte es sich um eine symptomatische Megakolie bei kongenitaler Anorectalstenose. Das 7 Jahre alte Kind hatte nur alle Monate Stuhl. Der Leib war enorm aufgetrieben, der Appetit trotzdem gut; Fieber war nicht vorhanden. Nach Incision der Stenose entleerten sich 12 l Kot. Trotz dieser Incision blieb die Obstipation und enorme Auftreibung des Leibes bestehen, da in der Folgezeit eine Dilatation der Stenose unterblieb. Im zweiten Falle handelte es sich um einen 40jährigen Mann mit ausgesprochener Obstipation und Blutverlust per rectum, der an ein Neoplasma denken ließ. Mittels Röntgenstrahlen konnte jedoch die Diagnose auf ein Megakolon gestellt werden. Der dritte Fall betrifft eine 66jährige Frau, die von Kindheit an an Stuhlbeschwerden litt. Mit 20 Jahren machte sie eine Peritonitis durch, im Anschluß an welche die Obstipation noch ausgesprochener wurde. Mit 3 Jahren bekam sie etwa alle 6 Monate Anfälle von Darmverschluß mit Erbrechen. Bei dem letzten dieser Anfälle bestand eine enorme Auftreibung des Leibes. Die Operation ergab ein sehr langes und hochgradig dilatiertes Colon sigmoideum. Ein mechanisches Hindernis war nicht nachweisbar. Wegen des Alters der Patientin begnügte sich der Verf. damit, das gefüllte Kolon durch Expression zu entleeren. Selbst nach dieser behielt der dilatierte Dickdarm noch ein erhebliches Volumen und blieb schlaff. Seine Wandungen waren sehr verdickt. *Konjetzny* (Kiel).

Friedrich, Hugo, Beiträge zur Frühdiagnose der Carcinome des S Romanum und der Ampulla recti. (*Prof. Dr. Albus Poliklin. f. Magen-, Darm- u. Stoffwechselkrankh.*) Med. Klinik **9**, S. 210—212. 1913.

Carcinome dieser Gegenden wurden bis jetzt nur durch Palpation und grobe Symptome erkannt. Die Röntgenphotographie brachte die Lokalisationsdiagnose striktuierender Tumoren. Weiter kam man erst durch das Instrumentarium von Schreiber und Strauß, das Besichtigung des Enddarmes bis zu 30 cm gestattete. F. nimmt als Grenze manueller Tastbarkeit die linea innominata, also 15 cm, an. Er glaubt, daß man mit dem Sigmoskop bei guter Technik und Übung alles sehen, ja sogar tasten könne. Teile des Tumors können bei der Weite des Lumens leicht mit Albuscher Schlinge oder Sultanscher Zange entnommen werden. Das Material der Anstalt weist 22 Carcinome der Gegend auf, wovon 10 erst durch das Sigmoskop erkannt wurden. Von 8 operierten konnte 7 das Leben erhalten werden durch frühe Diagnose. 3 Fälle werden in extenso erläutert. Das Resumé: Alle verdächtigen Fälle sind zu sigmoskopieren, besonders solche, wo Obstipation nach dauernd normaler Stuhlentleerung, wo häufige Tenesmen, hartnäckige Kreuzschmerzen, Abgang von Blut und Eiter mit Kot und Blutabgang außer der Defäkation eingetreten sind. *Weichert* (Breslau).

Razzaboni, Giovanni, Resezione estesa del grosso intestino per tubercolosi stenosante ipertrofica. (Ausgedehnte Resektion des Dickdarmes bei stenosierender hypertrophischer Tuberkulose.) (*Istit. di patol. e clin. chirurg., univ. di Camerino.*) Clin. chirurg. Jg. **21**, Nr. 3, S. 561—572. 1913.

Verf. gibt eine ausführliche Beschreibung eines mit gutem Dauererfolg operierten Falles von Coecaltuberkulose, Fälle, welche auch unter dem Namen hypertrophische oder pseudoneoplastische Tuberkulose bekannt sind. Er betont, wie sich in seinem Fall der ganze Veränderungskomplex in typischer Weise bestätigt habe, der die Prozesse tuberkulöser Natur histologisch charakterisiere auch dann, wenn die Untersuchung auf Tuberkelbacillen negativ ausgefallen sei. Die einzig wirksame Behandlung solcher intestinalen entzündlichen Formen von Tuberkulose könne beim Vorhandensein hochgradiger Stenosen nur eine operative sein, bestehend in Resektion der stenosierten Partien mit möglichster Entfernung der makroskopisch vergrößerten und tuberkulös erkrankten lymphatischen Apparate. Bei multiplen Stenosen des Dickdarmes, wo die Behandlung sich auf palliative Methoden, wie Enteroanastomose oder Darmausschaltung, beschränken muß, sind die Resultate weniger günstig als bei der Darmresektion. Instruktive histologische Abbildungen und ausführliches Literaturverzeichnis vervollständigen die Arbeit. *Burk* (Stuttgart).

Beck, v., Spätzustände nach Dickdarmausschaltung durch Anastomose zwischen Ileum und Flexura sigmoidea. (Mittelrhein. Chirurg.-Vereinig., Frankfurt a. M., 15. II. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 16, S. 602—603. 1913.

Bericht über 52 Fälle von Dickdarmausschaltungen wegen chron. Colitis, Pericolitis, Tuberkulose und Carcinom. Spätzustände (Verstopfung, Schmerzen, retrograde Kotstauung)

traten bei 6 weiblichen Wesen auf, und Verf. spricht als auslösende Momente dieser spastischen Vorgänge an prämenstruellen Blutaustritt aus den Tuben in den Bauchraum, Sekretaustritt aus den Tuben, Störungen der inneren Sekretion des Ovariums, psychische Einflüsse u. ä. m. Ausführliches Eingehen auf die Indikationsstellung für die Ausschaltung des Dickdarms und auf die Technik der Operation. Von den Operierten sind 3 gestorben; in den übrigen Fällen wurde gute Anastomosenfunktion erreicht. *Knoke* (Wilhelmshaven).

Michelsson, N. M., Zur Frage des Volvulus des S Romani. (*Städt. Bassmannon Krankenh., Moskau.*) Med. Rundschau **79**, S. 231—236. 1913. (Russisch.)

Mocquot, Pierre, Les hémorragies des polypes du rectum. (Über die Blutungen aus Mastdarmpolypen.) Rev. de chirurg. Jg. **33**, Nr. **4**, S. 474 bis 485. 1913.

Die Mastdarmpolypen, welche zu Blutungen führen, sind gestielte Adenome und kommen hauptsächlich bei Kindern vor. Verf. hatte Gelegenheit, einen derartigen Fall zu beobachten. Im Anschluß an die Krankengeschichte bringt er die genaue histologische Beschreibung des durch Operation entfernten Polypen. Zwei Fragen sind es, auf welche Mocquot in seiner Arbeit näher eingeht: 1. woher das Blut stammt und 2. durch welchen Mechanismus es zur Blutung kommt. Über die erste Frage sind die Ansichten der Autoren verschieden. Die einen meinen, daß die Blutungen aus der Mastdarmschleimhaut stammen, die anderen aus dem Polypen selbst. Letzterer Ansicht schließt sich auch Verf. an, und zwar aus folgenden Gründen: Daß die Blutung aus der Schleimhaut stammt analog den Uterusblutungen ist noch nicht bewiesen worden; dagegen spricht, daß nach Entfernung des Polypen die Blutungen sofort sistieren. Außerdem sieht man im beschriebenen histologischen Bilde, wie es in dem Polypen zu Blutungen in die Drüsenlumina und in das interstitielle Bindegewebe kommt, von wo sich das Blut auf die von Epithel entblößte Oberfläche ausbreitet. Was die zweite Frage anbelangt, so nehmen die Autoren als Ursache für die Blutungen an, daß es durch Reibung harter Kotmassen zu Geschwüren am Polypen kommt, oder daß derselbe außerhalb des Afters eingeklemmt wird. In beiden Fällen wird es zu einer Blutung kommen. Für den beschriebenen Fall aber nimmt Verf. auf Grund des histologischen Befundes, und weil die Blutungen nur bei langstieligen Polypen auftreten, an, daß es durch Stieldrehung zu derselben kam, welcher Mechanismus wahrscheinlich der häufigste ist. *v. Winiwarter* (Wien)

Maybaumm, Josef, Über die extraanale, unblutige Behandlungsmethode der Hämorrhoidalknoten. Arch. f. Verdauungs-Krankh. Bd. **19**, H. 2, S. 188—196. 1913.

Empfiehlt die Boassche Methode: (Ansaugen der Hämorrhoidalknoten bis abschnürendes Ödem entsteht, wodurch allmählich Nekrose und Abfall oder Schrumpfung eintritt.) Sie versagt nur bei breitbasigen Knoten. Meist Urindrang während der Behandlung. Kasuistik. *Schlender* (Ostrowo).

Leber- und Gallengänge:

Kanavel, Allen B., The differential diagnosis of gall-bladder disease. (Die Differentialdiagnose bei Gallenblasenerkrankungen.) Illinois med. journal Bd. **23**, Nr. 2, S. 187—193. 1913.

Smith, Geo. Milton, Morphological changes in tissues with change in environment. Changes in the gall-bladder following autoplastic transplantation into the gastro-intestinal tract. (Morphologische Veränderung des Gewebes bei Änderung seiner Lage. Veränderung der Gallenblase bei autoplastischer Transplantation in den Magen-Darmtraktus.) (*Dep. of pathol., Washington univ., St. Louis.*) Journal of med. res. **27**, S. 399—423. 1913.

Nach kurzem Referat über die bisher vorliegenden Untersuchungen geht Verf. auf seine Experimente ein, bei denen er zweizeitig Teile der Gallenblase in Magen, Darm und Peritoneum zum Einheilen brachte. Er fand, daß sich die Schleimhaut der Umgebung anpaßt, an Dicke zunimmt und auch gewisse Funktionen, wie Fettresorption, ausübt. Bei Implantationen in den Darm bildeten sich Lymphfollikel, die bei Einpflanzungen in das Peritoneum fehlten. *Brüning* (Gießen).

Holland, Thurstan, On gall-stones. (Über Gallensteine.) Arch. of the Röntgen-ray. **152**, S. 374—377. 1913.

Es wird darauf hingewiesen, wie selten bisher Gallensteine durch die Röntgenuntersuchung sich haben feststellen lassen, die Steine sind eben entweder so klein oder für Röntgenstrahlen so durchlässig, daß sie unmöglich einen Schatten werfen können. Allerdings ist es nicht richtig, die Steine streng in Cholestearinsteine und

Pigmentsteine zu scheiden und danach den Grad ihrer Durchlässigkeit zu bestimmen, fast alle Cholestearinsteine enthalten erhebliche Mengen von Pigment, d. h. von Calciumsalzen. — Wenn nun genügend Calciumsalze in den Steinen vorhanden sind, ergeben sich neue Schwierigkeiten, weil Verwechslungen mit Schatten von verkalkten Drüsen und Nierensteinen möglich sind. Nach der Lage allein läßt sich ein Nierensteinschatten nicht von dem eines Gallensteins unterscheiden ebensowenig der einer verkalkten Drüse. Einen sicheren Anhalt gewährt der Charakter der Schatten selbst. Die Drüsenschatten sind meistens unscharf konturiert, sie verändern ihre Art bei Lageveränderungen des ganzen Körpers, die Schatten von Nierensteinen haben scharfe Konturen und sind unbeweglich, die von Gallensteinen sind scharf und an der Peripherie dichter als im Zentrum, sie unterscheiden sich dadurch von dem einer verkalkten Drüse, der grade umgekehrt im Zentrum seine größte Dichtigkeit hat. — Beschreibung von drei Fällen, bei denen durch Röntgenuntersuchung Gallensteine diagnostiziert und durch Operation entfernt wurden; nach der Operation wurden die Steine wieder geröntgt und die Bilder mit den vor der Operation aufgenommenen verglichen, wobei volle Übereinstimmung gefunden wurde in der charakteristischen Ringform der Schatten.

Denks (Hamburg).

Hansemann, v., Die Lösungsmöglichkeit der Gallensteine. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **212**, H. 1, S. 139—152. 1913.

Die Arbeit beschäftigt sich mit der Frage der Spontanauflösung von Gallensteinen und beschreibt Formen, die Auflösungserscheinungen erkennen lassen. Die verschiedensten dieser Formen sind abgebildet. Ihre gemeinsame Eigenschaft besteht in ausgesprochenen Defekten, die die äußere Form unregelmäßig gestalten. In einer Reihe von Experimenten an Hunden, denen menschliche Gallensteine in die Gallenblase eingebracht worden waren, wurden die Lösungserscheinungen zu verschiedenen Zeitpunkten untersucht. Zum Vergleich werden Lösungsformen wasserlöslicher Stoffe in Wasser herangezogen. Zum Schluß folgt ein Hinweis auf therapeutische Bestrebungen.

Kleinschmidt (Leipzig).

Hugel, K., Mikroskopische Perforation der Gallenblase. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83**, H. 3, S. 623—626. 1913.

Hugel hat 5 Fälle mit Erfolg wegen einer Peritonitis operiert, die im Anschluß an akut entzündliche Prozesse der mit Steinen gefüllten, aber nicht perforierten Gallenblase entstanden war. Die in der Bauchhöhle gefundenen Exsudate werden einmal als gallig sonst als gelblich oder serös bezeichnet. Ob in allen diesen Fällen einer durch die Wand der Gallenblase per diapedesim auf das Peritoneum fortgeleiteten Entzündung von einer „mikroskopischen Perforation der Gallenblase“ gesprochen werden kann, geht aus den mitgeteilten Operationsbefunden nicht mit genügender Klarheit hervor. *Moszkowicz* (Wien).

Nowicki, Zur Kasuistik der durch einen Spulwurm hervorgerufenen Leberabscesse. (*Pathol.-anat. Inst., Univ. Lemberg.*) Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **24**, Nr. 7, S. 295—296. 1913.

Verf. berichtet über einen seltenen Fall, in dem ein Spulwurm bis in die Gallengänge gedrungen war. Es handelte sich um einen 35jährigen Mann, der unter choleraähnlichen Darmstörungen akut erkrankt und nach einem im ganzen 10tägigen Aufenthalt im Krankenhaus in komatösem Zustande gestorben war. Bei der Sektion fand man im Duktus choledochus einen Spulwurm, der mit seinem Kopf im linken Ductus hepaticus bis nahe an die Serosa des linken Leberlappens heranreichte. Im linken Leberlappen wurden zwei Abscesse gefunden. An der Papilla Vateri waren Veränderungen nicht wahrzunehmen. — Besonders merkwürdig bei dem Fall ist das sehr weite Vordringen des Schmarotzers in den Gallengängen, ferner im klinischen Verlauf das Fehlen aller Symptome von seiten der Leber; sie war weder schmerzhaft noch vergrößert, auch fehlte jede Spur von Ikterus. *Dencks* (Neukölln).

Binda, P., Contributo allo studio clinico dei tumori papillari e juxtapapillari del duodeno. (Beitrag zum Studium der Tumoren an und neben der Pap. duodenalis.) (*Clin. med., univ. Pavia.*) Gaz. med. ital. **64**, S. 61—64 u. 71—73. 1913.

63jähr. Mann ohne besondere Anamnese. Vor 12 Monaten plötzlich einsetzender Ikterus ohne jegliche Schmerzen. Objektiv negativer Befund. Am 12. Tage des Kliniksaufenthaltes plötzlich Exitus unter den Zeichen einer inneren Blutung. Bei der Sektion fand sich als Quelle in der Nähe der Pap. duodenalis ein kleinnußgroßer, ulcerierter Tumor. Keine Metastasen.

Gallengang und Pankreasgang sind nicht komprimiert, keine Gallensteine. Mikrosk.: Adenocarcinom.

An Hand dieses Falles und den in der Literatur niedergelegten sucht Verf. die diagnostischen Merkmale der Tumoren dieser Region zu ermitteln. Er kommt zu dem Schluß, daß eine sichere Diagnose nur in den seltensten Fällen möglich sein wird. Die Geschwülste der Papille sind zu den Gallengangtumorem zu rechnen und geben wie diese die zuerst von Bard und Pic beschriebenen Zeichen: Vergrößerung der Blase und zunehmender Ikterus. Ein Schwanken in der Intensität der Gelbsucht tritt wie auch in dem vorliegenden Falle manchmal bei Tumoren in der Nähe der Papille ein. Einen Ausfall der Pankreassekrete wird man häufiger bei Tumoren im Pankreaskopf beobachten als bei Geschwülsten der Papille. Doch sind diese Untersuchungen speziell auch die auf Indicanurie vorläufig noch von geringem Wert. — Papillengeschwülste machen wenig Metastasen, führen aber gewöhnlich schnell zum Tode. Die Tumoren ulcerieren und bluten leicht; in $^2/_3$ der Fälle bestand Fieber. Der Tod tritt häufig infolge Blutung ein. *Brüning* (Gießen).

Harnorgane:

Schlayer, Notiz zur Funktionsprüfung der Niere. (*I. med. Klin., München.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 15, S. 800. 1913.

Ullmann, Nonnenbruch haben nach intravenöser Milchzuckerinjektion zum Zweck der Nierenfunktionsprüfung Schüttelfrost und Fieber beobachtet. Schlayer macht darauf aufmerksam, daß Milchzucker ein sehr guter Nährboden für Schimmelpilze ist, sobald er feucht wird. Eine vollkommen trockene Aufbewahrung durch guten Glasverschluß sei deshalb notwendig. Außerdem empfiehlt S. Sterilisation im Dampfbad bei 100° an Stelle der Pasteurisation. Qualitative Bestimmung der Milchzuckerausscheidung durch einfache Nylanderprobe genüge nicht, quantitative (polarimetrische) Bestimmung sei gleichzeitig nötig. Nochmals weist S. darauf hin, daß Milchzucker- und Jodkaliprüfung keine Suffizienzprüfungen im geläufigen Sinn seien, sondern vielmehr die Art der Schädigung und der Funktionsstörung erkennen lassen. Ähnliche Prüfungsmittel seien noch die Kochsalzelimination bei Mehrbelastung, die Wasserelimination bei Mehrbelastung, die Reaktion der Niere auf eine bestimmte Mahlzeit und endlich die Prüfung der Wirkung von Diuretica. Je nach dem Einzelfall werde man nur einen Teil dieser Hilfsmittel benötigen, in anderen Fällen werde aber erst auf Grund des Ausfalles von allen 5 Methoden ein klares Bild gewonnen. *Gebele* (München).

Guiteras, Ramon, Narration of a few cases of non-functionating or derelict kidneys. (Bericht über einige Fälle nicht arbeitender oder ausgeschalteter Nieren.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 4, S. 136—140. 1913.

Verf. führt 12 Fälle in ausführlichen Krankengeschichten an. Derartige Nierenausschaltungen kommen besonders bei Tuberkulose und bei Nierensteinen vor. Die Ursache kann zu suchen sein in völliger tuberkulöser Zerstörung des Nierengewebes (Kavernennieren, auch Kittnieren), in Verschwellung, ulceröser oder fibröser Verödung des Ureters, in perinephritischen Prozessen, bei Steinen in Verlegung des Nierenbeckens, oder des Ureters durch die Steine, oder wie bei den meisten Fällen durch Vereiterung der Steinniere. Es spricht für den Zustand, wenn nur wenige Tropfen Eiter und Wasser sich aus dem Ureter entleeren, wenn Eiterpfröpfe aus der Uretermündung hervorhängen und wenn auch aus dem Nierenbecken nur wenige Tropfen Eiter zu entleeren sind. Die zur Verlegung durch einen Stein führende Attacke kann jahrelang zurückliegen und vergessen sein. Gefährlich wird der Zustand, wenn bei ausgeschalteter einer Niere ein Stein z. B. die andere Niere blockiert und Anurie eintritt. In solchen Fällen muß die verlegte Niere operativ freigelegt werden und mit Sektionsschnitt Abfluß geschaffen werden. Eine ausgeschaltete Niere braucht nicht entfernt zu werden, außer wenn sie infiziert ist und Gefahr der Eiterresorption besteht. *Hoffmann* (Dresden).

Troell, Abraham, Fall af pyelografi, där kollargol inträngt i njurens urinkanaler och Malpighiska kroppar. (Ein Fall von Pyelographie, wo Collargo in die Kanälchen und die Malpighischen Körperchen der Niere hineingedrungen ist.) Hygiea **75**, S. 176—183. 1913. (Schwedisch.)

Außer zwei in der skandinavischen Literatur früher beschriebenen Fällen (Zachrisson, im Nord. Med. Archiv 1911, und Jervell bei dem Nord. Kirurgenkongreß 1911) gab es bis jetzt in der Literatur keine Fälle des Eindringens von Collargolum in das Kanalsystem der Niere bei Pyelographie.

Verf. kann zu den 2 Fällen noch einen Fall fügen. Es war dies ein Fall von doppeltem Ureter. Der eine Ureter führte in einen großen Pyonephrosensack, der andere in einen beschränkten unteren Teil der Niere, makroskopisch zu beurteilen, mit gesunder Nierensubstanz. Bei der Pyelographie war der Urethrakatheter 20 cm hineingeführt und 7 proz. Collargolumlösung langsam und unter schwachem Druck eingespritzt worden. Nach Einspritzen von 6—7 cm gab der Pat. Schmerzen an, weshalb das Einspritzen unterbrochen wurde. An der exstirpierten Niere sah man makroskopisch in dem gesunden Teil eine 5-Pfennigstück große Zone mit bleigrauer Schnittfläche, auf welcher sich dunkle radiäre Streifen markierten. Durch mikroskopische Untersuchung dieser Zone wurde festgestellt, daß Collargollösung rückwärts, in dem Urinstrome entgegengesetzter Richtung, aus dem Nierenbecken in das Nierenparenchym und daselbst bis in den Zwischenraum zwischen den Glomeruli und deren Kapseln hatte hineingepreßt werden können. *Giertz* (Umeå, Schweden).

Mayo, Charles H., The surgery of the single and horseshoe kidney. (Die Chirurgie der Einzel- und Hufeisenniere.) Ann. of surg. Bd. **57**, Nr. 4, S. 511 bis 521. 1913.

Nach Ch. Mayo sind von allen Entwicklungsstörungen des Körpers die des Urogenitalsystems die häufigsten. Vor allem sind Irregularitäten in der Blutversorgung der Niere zu beobachten. Das Urogenitalsystem entwickelt sich aus dem Wolffschen Gang und Körper. Die Nierenanlage ist ein längliches Divertikel aus der Dorsalseite des Wolffschen Ganges, nahe der Kloake. Der proximale Teil (Verbindung zwischen Divertikel und Gang) wird Ureter, das distale Ende unter Trennung in einen oberen und unteren Teil das Nierenbecken. Eine Zellgruppe mesothelialen Ursprungs, welche das Nierenbecken umgibt, stellt den sezernierenden Nierenteil her. Die Niere steigt allmählich zur Lumbalgegend empor und erhält ihre Blutzufuhr aus Arterien, welche sich aus der Aorta entwickelt haben. Beim Eintritt der Niere in ihre definitive Stellung vergrößert sich eine dieser Arterien und bildet die dauernde Gefäßbahn. Bei Lageanomalien der Niere können die Gefäße aus der A. sacralis media, iliaca communis, mesenterica infer. entspringen. Die Gefäßversorgung ist jedenfalls reichlich. Bei der Hufeisenniere fand nun Robinson in einer Reihe von Fällen eine geringe Gefäßversorgung. Die Hufeisenniere bildet sich nach Ch. M. durch Verschmelzung der Nieren vor oder hinter der Aorta, die Einzelniere durch Vereinigung der sezernierenden Substanz mit nur 1 Nierenbecken und Ureter. 1 Ureter kann sich in seinem Verlauf teilen, die Teilung des Ureterendes kann so extrem sein, daß eine obere und untere Niere auf einer Seite, welche vollständig oder fast ganz voneinander getrennt sind, resultiert, auch können 2, ja sogar 3 Ureteren zu einer Niere führen (Bransford Lewis, Küster, Gebhardt, Mayo). Die Häufigkeit dieser Anomalien stellt Ch. M. auf Grund seines Sektionsmateriales auf 4% (!) fest. Unter 36 innerhalb 5 Jahren in der Klinik beobachteten Anomalien des Urogenitalsystems fanden sich 12 Hufeisennieren und 6 Einzel- oder asymmetrische Nieren. Nach Robinson sind in 90% der Hufeisennieren die unteren Pole verschmolzen, irregulär sind die sigmaförmige Niere, bei der oberer und unterer Pol verschmolzen ist, und die einseitige große Niere. Die häufigste Erkrankung, welche die Hufeisenniere befällt, ist die Hydronephrose, welche im mittleren oder späteren Lebensalter zur Pyonephrose führen kann. Tuberkulose ist selten. König, Gibbon haben Sarkome der einen Hälfte der Niere bei Kindern gesehen und operativ entfernt, Bockenheimer berichtet über Cystentumoren. Die Diagnose wurde früher immer zufällig bei Operationen und Sektionen gestellt. Die Diagnose wird aber gestützt durch gleichzeitige Anomalien des Urogenitalsystems wie

Kryptorchismus, Hypospadie, Atresia ani, Uterus bicornis usw. (Tillmanns, Gerster). Ch. M. legt außerdem von der physikal. Untersuchung abgesehen großen Wert auf die Cystoskopie und Radiographie mit Zuhilfenahme der Pyelographie. Letztere schätzt er in solchen Fällen höher ein wie den Ureterenkatheterismus. Während der Nierenoperation ist die Möglichkeit einer Hufeisenniere zu erwägen, wenn sich der untere Pol ungewöhnlich schwierig entwickeln läßt. Vor Entfernung von Bauchtumoren unbekannter Art und Ursprungs müssen nach Ch. M. immer die Nieren palpiert werden. Der Arbeit sind ausgezeichnete Photogramme, besonders von selbstgewonnenen Hufeisennieren, beigegeben. *Gebele* (München).

Smith, E. O., Diagnosis of renal surgical conditions. (Diagnose der chirurgischen Nierenzustände.) Americ. journal of surg. Bd. 27, Nr. 4, S. 143 bis 147. 1913.

Wenn man eine Nephrektomie beabsichtigt, so hat man sich vorher über den Zustand der anderen Niere zu vergewissern. Einzel- und Hufeisenniere wird diagnostiziert durch Cystoskop und Pyelographie. Die Anzahl der Ureterenmündungen in die Blase ist nicht ausschlaggebend. Die Seitenlokalisierung der krankhaften Veränderung ist nicht immer sicher. Oft erfolgt die Lokalisierung des Schmerzes auf die gesunde Seite und die kranke Seite gibt keinerlei Symptome. Die Urinsymptome sind ebensooft geeignet zu sicherer Diagnose als irreführend. Die Konstatierungen werden durch Anführung einiger besonderer Fälle illustriert.

Fall 1: Starke Blutung aus dem rechten Ureter, der Urin der linken Niere ist völlig normal. Doch zeigt ein kurz vor der Operation ausgeführtes Röntgenbild die rechte Niere lediglich etwas vergrößert, die linke jedoch steinhaltig. Pyelolithotomie links. Hiernach sistiert die Blutung aus der rechten Niere und tritt nicht wieder auf. — Auch in klar erscheinenden Fällen sind, sagt Verf., alle nur zur Verfügung stehenden diagnostischen Methoden anzuwenden. — Fall 2: Symptome mittelschwerer Cystitis. Nichts deutet auf ein Nierenleiden. Cystoskopie bestätigt die Diagnose. Dennoch Ureterenkatheterismus. Links Pyo-Polyurie mit Tuberkelbacillen. Nephrektomie. Völlige tuberkulöse Zerstörung des unteren Nierendrittels. Völlige Heilung, auch der Cystitis. — Selbst schwere destruktive Nierenerkrankung führt nicht notwendig zu klinischen Nierensymptomen. — Fall 3: Schwere kurzdauernde Hämaturie ohne Nierenpalpations- usw. Befunde. Beim Ureterenkatheterismus stand die Blutung. Kein Ergebnis. Blase normal. Pyelographie ergibt rechts sehr erweitertes Nierenbecken bei vergrößerter Niere. Probenephrotomie. Ein Hypernephrom hatte mehr als die Hälfte der Niere zerstört. Nephrektomie. — Gründlichste Untersuchung der Nieren bei Verdacht auf Erkrankung derselben macht sich bezahlt für Operateur und Patient. *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Ertzbischoff, Paul A., The pathological physiology of renal decapsulation and the indications and contraindications for the operation. (Über die pathologische Physiologie bei der Nierendecapsulation und die Indikationen und Kontraindikationen dieser Operation.) Americ. journal of urol. Bd. 9. Nr. 3, S. 138—143. 1913.

Die Nierendecapsulation nach Edebohls bei Morbus Brightii äußert sich in einer unmittelbaren und einer erst später eintretenden Wirkung. Edebohls hat angenommen, daß die „Neovascularisation“ im Anschluß an die Decapsulation und die dadurch erreichte bessere Blutversorgung des Organs eine Regeneration der Nierenepithelien inauguriere. Tatsächlich läßt sich auch feststellen, daß gleich nach der Operation die Diurese oder wenigstens die Ausscheidung von Harnstoff und Salzen sich steigert, während die Schmerzen bedeutend abnehmen. Nach der Anschauung des Verfassers und anderer Autoren (Jaboulay) ist der Verringerung der Spannung und des arteriellen Druckes eine große Bedeutung zuzumessen, Albarran glaubt, daß die „Enervation“ der Niere die vasomotorischen Einflüsse zugunsten des Organs verändere. Die spätere Wirkung ist nicht konstant. Boinet und Stern hatten Gelegenheit, Nieren von Patienten, welche mehrere Wochen nach der Operation gestorben waren, zu untersuchen, wobei sie mikroskopisch feststellen

konnten, daß nach einiger Zeit sich eine neue Kapsel bildet und daß im Niereninterstitium des Rinden- und Markteils sich neue zahlreiche Rundzelleninfiltrationen finden. Auch in den sog. günstigen Fällen, die Edebohls und Ferguson mitteilen, fand sich im Harn immer noch eine Spur Eiweiß und bisweilen Cylinder. Auf Grund seines Studiums und seiner Erfahrungen rät Verf. zur Decapsulation erst, wenn Milchdiät ohne Wirkung ist und die „renale Insuffizienz sich zu etablieren droht". Profuse oder langdauernde Hämaturie und Eklampsie hält er für strikte Indikationen. Verf. decapsuliert nur dann beide Nieren — in zwei Sitzungen — wenn in beiden der Sitz der Erkrankung nachgewiesen werden kann. *Saxinger* (München).

Karo, Wilhelm, Tuberculosis of the kidneys. (Nierentuberkulose.) Urol. a. cutan. rev. Bd. **17,** Nr. 3, S. 129—132. 1913.

Im allgemeinen nichts Neues. Verf. macht aufmerksam auf eine Arbeit von Leedham Green, in der auf die auffallende Häufigkeit symptomlos verlaufender Fälle von Nierentuberkulose bei Kindern hingewiesen wird. Daher die prinzipielle Wichtigkeit der Untersuchung des Urins auf Tuberkelbacillen in allen Fällen von Albuminurie. Verf. verficht hier, wie auch anderwärts, im Gegensatze zur herrschenden Ansicht die Tuberkulinbehandlung im Beginn der Erkrankung. *W. Israel* (Berlin).

Squier, J. Bentley, Renal lithiasis. (Nierensteinerkrankung.) Americ. journal of surg. Bd. **27,** Nr. 4, S. 121—126. 1913.

Squier läßt dahin gestellt, ob die Theorie, daß Salze in Verbindung mit einer colloiden Substanz zur Nierensteinbildung führen, zu Recht besteht oder nicht. Das Problem müsse experimentell im Laboratorium gelöst werden. Vom praktischen Standpunkt aus unterscheide man am zweckmäßigsten primäre aseptische und sekundäre septische Steine. Bakterielle Infektion und Entzündung der Niere spielen bei der Steinbildung jedenfalls eine große Rolle. Die sogenannten klassischen Symptome der Nierensteine — Hämaturie, Kolik, stetiger Schmerz — fehlen nach S. oft. Die Steine machen nicht selten überhaupt keine Symptome, es sei denn, daß sie im Ureter stecken oder das Nierenbecken verlegen, oder nur geringe Erscheinungen (leichter Rückenschmerz, Schwere, Spur Eiweiß). 10 kurze Krankengeschichten von Nierensteinen, welche die Irregularität des Symptomenbildes dartun, folgen. Bei Erkrankung beider Nieren empfiehlt S. wegen der Gefahr der Reflexanurie, zuerst die weniger stark affizierte Niere und durch einen zweiten Angriff erst das andere schwer kranke Organ zu operieren. Die Radiographie, welche im Vergleich zu den neueren funktionellen Bestimmungen einfach sei, sei hierzu eine unerläßliche Untersuchungsmethode. Die An- oder Abwesenheit von Steinen in der Niere weise die Radiographie in 95% (!) der Fälle nach. Differentiell diagnostisch kommen nach S. nur Gallensteine in Frage, welche einen eigentümlichen ringförmigen Schatten werfen sollen. Technisch lassen sich aseptische Steine entfernen, ohne daß eine Drainage der Niere notwendig ist. Septische Steine erfordern Drainage und häufig Exstirpation der Niere. Manchmal müsse man bei septischen Nieren zweizeitig operieren, erst Entfernung der Steine und Drainage, besonders bei perirenaler Eiterung, dann sekundäre Exstirpation der Niere. Bei Ausführung der Nierenexstirpation löst S. den m. sacrolumbalis und das vordere Fascienblatt an ihrem Ansatz an der letzten Rippe ausgiebig ab, um einen guten Zugang im hinteren oberen Lumbaldreieck zu bekommen. Warm empfiehlt S. neben dem Sektionsschnitt der Niere die Pyelotomie. Fisteln seien nicht zu befürchten. Als Vorsichtsmaßregeln bei der Pyelotomie empfiehlt Verf., daß der Assistent die Gefäße mit dem Finger deckt, daß der Stein gegen den unteren Rand des Nierenbeckens fixiert, der Schnitt über dem Stein nach abwärts geführt, aber nicht auf den Ureter ausgedehnt wird, um eine Striktur zu vermeiden. Die Incision des Nierenbeckens vernäht S. mit feinen Catgutnähten. Bei sehr kleinen Steinen in der Niere bedient er sich, wenn die Niere

freigelegt und luxiert ist, eines leichten portablen Röntgenapparates, der sich an jeden gewöhnlichen Kontakt anschließen lasse, und eines Fluoroskops, welches vom Operateur am Hals getragen und mit einem sterilen Sack überzogen wird. Dadurch würden Steine nicht übersehen. *Gebele* (München).

Steward, F. J., Two clinical lectures on calculus in the upper urinary tract. (Klinische Vorlesungen über Stein in den oberen Harnwegen.) Clin. journal. **41,** S. 390—394 u. 409—411. 1913.

Eastmond, Charles, The exact diagnosis of renal and ureteral calculi. (Die exakte Diagnose der Nieren- und Uretersteine.) Urol. a. cutan. rev. Bd. **17,** Nr. **3,** S. 123—124. 1913.

Das Fehlen von Steinschatten im Röntgenbilde kann verursacht sein: 1. durch die Dicke des Patienten; 2. ungenügende Vorbereitung (mangelhafte Darmentleerung); 3. durch die chemische Zusammensetzung der Steine (Uratsteine); 4. die Lage der Steine (Verdeckung durch Knochen). Fremde Schatten, die zu Verwechslungen führen können, kommen vor bei: 1. verkalkten Mesenterialdrüsen. Die Schatten liegen hier gewöhnlich in der rechten Seite in der Nachbarschaft des Provc. transvers. des 4. Lumbalwirbels; 2. Phlebolithen und verkalkten Iliacaldrüsen; 3. Konkrementen im Proc. vermiformis. Auch an Kalkablagerungen in der Niere bei Tuberkulose ist zu denken. Verwechslungen der rein klinischen Symptome bei Steinen kommen bei Pyelitiden vor. Diese entstehen häufig durch Druck und fortgeleitete Entzündungen vom Kolon her. *Hinz* (Berlin).

Ponzio, Mario, Contribution à l'étude radiodiagnostique des pseudo-calculs du rein. (Beitrag zum radiodiagnostischen Studium der Pseudo-Nierensteine.) Arch. d'électr. med. **21,** S. 258—262. 1913.

Nach Würdigung der Arbeiten verschiedener Autoren, die sich schon mit der Frage beschäftigt haben und nach Rekapitulation der zahlreichen schon gefundenen Ursachen, die im Röntgenbild einen Nierenstein vortäuschen können, berichtet Verf. über einen eigenen interessanten Fall, der einen Steinschatten im Bereich der Niere, und dabei nach der mikroskopischen Urinuntersuchung eine deutliche Erkrankung der Niere bot. Dennoch handelte es sich, wie die Operation ergab, um einen haselnußgroßen, noch für den Blutstrom durchgängigen Phlebolithen im Bereich einer großen Vene des retroperitonealen Gewebes, während die Niere an einem Epitheliom erkrankt war und exstirpiert wurde, wie der Phlebolith. *Hoffmann* (Dresden).

Tecqmenne, Ch., Indications de la pyélotomie pour lithiase rénale. (Indikationen zur Pyelotomie bei Nierenstein.) Scalpel et Liège méd., Jg. **65,** Nr. 42, S. 706—708. 1913.

An der Hand einer einschlägigen Krankengeschichte will der Verf. zeigen, daß die Pyelotomie in gewissen Fällen der Nephrotomie überlegen ist; nämlich dann, wenn folgende Indikationen gegeben sind: Die Zahl der Steine muß klein und vorher radiographisch bestimmt sein. Die Steine müssen regelmäßige Form ohne besondere Vorsprünge oder Verzweigungen haben. Sie müssen im Nierenbecken liegen. Die von Bazy und Moyrand formulierte Regel, daß der Stein bei nicht mehr als 5 cm Abstand des inneren Schattenrandes von der Mittellinie in Höhe des ersten und zweiten Lumbalwirbels im Nierenbecken liegt, ist durchaus ungenügend und stimmt selten. Eher ist aus der Lage des unteren Nierenpoles zum Steinschatten auf seine Lage im Becken oder in der Nierensubstanz zu schließen. Leichte Infektion der Harnwege ist keine Kontraindikation; schwere Infektion, Absceß, Pyonephrose erfordert dagegen breite Spaltung und Drainage, ganz abgesehen von der die Pyelotomie hindernden Perinephritis und Peripyelitis. Hindernd ist ferner allzu dicke Lumbalwand, zu kurzer Nierenstiel, gute Nierenstilübersicht ist absolut notwendig. Durch Sondierung als frei erwiesene Harnwege machen die Furcht vor einer Nierenfistel hinfällig. *Schmidt* (Würzburg).

Payr, E., Zur Nahtsicherung bei der Pyelolithotomie. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 15, S. 547—548. 1913.

Persönliche Bemerkungen zu dem Artikel Bastianellis: Wie soll man die Pyelotomiewunde behandeln? *Schultze* (Posen).

Nicloux, Maurice, et Victoire Nowicka, Contribution à l'étude de la perméabilité et du pouvoir absorbant de la vessie. (Über die Permeabilität und Absorptionsfähigkeit der Harnblase.) (*Laborat. de physiol. gén. du mus. nation. d'hist. natur.*) Journal de physiol. et de pathol. gén. **15**, S. 296—311. 1913.

Die Blase besitzt für Alkohol eine Permeabilität nach beiden Richtungen hin (aus dem Blut in die Blase und umgekehrt). Zweifellos besteht die Permeabilität auch für andere nicht geprüfte Substanzen, wenn auch diese Eigenschaft keine allgemeine ist. *v. Lichtenberg* (Straßburg).

Thérapeutique des cystites par le goménol. (Behandlung der Cystitiden mit Goménol.) Rev. prat. des mal. des org. génito-urin. Jg. **10**, Nr. 56, S. 143 bis 147. 1913.

Dem Goménol wird nachgerühmt (Guyon, Parteau, Cathelin) 1. Reizlosigkeit, Ungiftigkeit, Unschädlichkeit; 2. starke antiseptische Kraft vor allem auf Staphylokokken, Gonokokken und tuberkulöse Blasenleiden; 3. Desinfizierung und Klärung des Urins bei Cystitiden jeder Provenienz; 4. dazu schmerzlindernde Kraft. Tenesmen und Pollakisurie verschwinden, Katheterismus geschieht ohne Schmerzen; 5. sehr schnelle, fast momentane, dazu sehr anhaltende Wirkung. — Das Mittel wird vor allem örtlich in der Form von Blasenspülungen 2: 1000 Aqua oder in der Form von Injektionen in Harnröhre und Blase in 10—2 proz. öliger Lösung (Oléo-Goménol) angewandt, aber auch zur internen Desinfektion der Harnwege in Kapseln eingenommen. — Anführung einzelner Fälle. — Eine fast spezifische Wirkung soll das Mittel bei der Blasentuberkulose enthalten. In einzelnen Fällen verschwanden auch bei schweren Symptomen nach relativ kurzem kombiniertem Gebrauch alle objektiven und subjektiven Anzeichen. *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Castorina, R., Sulla cistite blenorragica. (Über die gonorrhoische Cystitis.) (*Dispensario celt. governat. municipalizzato, Catania.*) Gaz. internaz. di med.-chirurg. Nr. 13, S. 299—303 u. 317—324. 1913.

Nach bakteriologischen Untersuchungen des Urins von Gonorrhoikern mit Harnblasenentzündung in Kultur- und Tierversuchen kam Castorina zum Schlusse, daß beim Zustandekommen der „gonorrhoischen" Cystitis das Bacterium coli eine wesentliche Rolle spielt. *Leuenberger* (Basel).

Binney, Horace, The value of high frequency cauterization in the treatment of vesical papillomata. (Der Wert der Hochfrequenzkauterisation bei Behandlung von Blasenpapillomen.) Boston med. a. surg. journal **168**, S. 308—310. 1913.

Verf. hat 4 Fälle von Blasenpapillom mit Hochfrequenzströmen kauterisiert. Er benutzt die monopolare Methode von Oudin. In ein gewöhnliches einläufiges Ureterencystoskop wird ein bis auf die Spitze isolierter Kupferdraht statt des Katheters eingeführt, den Draht bringt man in der Blase mit dem Tumor in innige Berührung und stellt mit einem Fußkontakt die Verbindung zwischen Draht und Hochfrequenzapparat her. Schon nach 15 Sekunden wird der Tumor an der Berührungsstelle weiß und schrumpft, nach 30 Sekunden haftet das Gewebe an der Drahtspitze und muß abgestreift werden. Bisweilen lösen sich schon nach 20 Sekunden größere Gewebsfetzen ab. Auch recht große Papillome lassen sich vollständig, allerdings in mehreren Sitzungen zerstören. Die Hochfrequenzmethode ist der suprapubischen Operation in drei Punkten wesentlich überlegen: Mortalität, Komplikationen, Rezidive. Todesfälle sind bisher überhaupt nicht bekannt geworden nach Kauterisation mit Hochfrequenzströmen, von Komplikationen kamen nur Blutungen vor, die aber keinen ernsten Charakter annehmen. Was die Rezidive angeht, so ist die Zeit, seit der die Methode angewendet wird, zu kurz für ein endgültiges Urteil, immerhin ist unter den bisher veröffentlichten 19 Fällen, bei denen es sich vielfach um multiple Papillome handelte, nur ein Rezidiv zu verzeichnen gewesen. Verf. selbst hat kein Rezidiv erlebt, sein erster Fall ist jetzt ein Jahr in Beobachtung. Er glaubt die Methode dringend empfehlen zu können und ganz besonders, wenn es sich um Rezidive nach suprapubischer Operation handelt; ausführliche Beschreibung eines solchen Falles. *Denks* (Hamburg).

Thévenot, L., et Jaubert de Beaujeu, L'exploration radiographique de l'urètre et des cavités annexes après injection de mélanges opaques. (Röntgenuntersuchung der Harnröhre und ihrer Nebenhöhlen nach Injektion eines Kontrastmittels.) *Clin. du prof. Rochet, Lyon.*) Prov. méd. **26,** S. 147—149. 1913.

Man injiziert entweder eine Kollargollösung oder eine Wismutemulsion mittels eines feinen Katheters, welches man während der Injektion allmählich zurückzieht. Nur wenn eine Striktur die Einführung des Instrumentes vereitelt, erfolgt die Injektion durch Ansetzen einer Spritze an der Harnröhrenmündung. Vier Figuren, welche normale und pathologische Harnröhrenaufnahmen von Leichenpräparaten darstellen. Bei Strikturen, röntgenundichten Fremdkörpern, ev. bei Geschwülsten gibt das Verfahren verwertbare Bilder. Es eignet sich ferner zur Herstellung von Divertikeln, Fisteln der Harnröhre und schließlich von durchbrochenen Abscessen der Prostata, Divertikel in der Prostata und Erweiterungen der Ausführungswege dieser Drüse. Fünf weitere Abbildungen, welche diese Zustände darstellen. *v. Lichtenberg* (Straßburg).

Cumston, Charles Greene, Excision and suture in the treatment of dense, close, urethral strictures. (Excision und Naht in der Behandlung enger Harnröhrenstrikturen.) Ann. of surg. Bd. **57,** Nr. 4, S. 536—544. 1913.

Verf. bespricht zunächst die Mängel, die den gewöhnlichen Methoden der Behandlung enger Harnröhrenstrikturen anhaften. Die Mißerfolge bzw. die kurze Dauer der Erfolge der offenen Naht der Harnröhre nach Excision der callösen periurethralen Narbenmassen rühren nach ihm vor allem daher, daß der durch die Harnröhre gelegte Katheter zugleich selbst entzündliche Reizungen macht und zudem ein ungenügendes Mittel zur Ableitung des Blasenurins ist. Neben ihm laufe stets Urin aus dem Hals der Blase bei Kontraktionen derselben, sowie dem Gesetze der Capillarität entsprechend in die Harnröhre und infiziere die Nahtstelle. Der springende Punkt seiner Methode ist die Ableitung des Urins durch eine hinter der Urethralnaht angelegte Boutonnière oder aber bei sehr weit zurückgelegener Striktur durch eine suprapubische Fistel. Das Vorgehen bei der Excision der Striktur bzw. der zirkulären Naht des Urethers wird an der Hand von Skizzen genau geschildert. Mobilisierbar ist nur der vordere Harnröhrenanteil und zwar über einen Defekt bis zu 6 cm. Wichtig ist das Knoten der Catgutsuturen an der Außenseite der Harnröhre sowie über einer dicken Sonde, die verhütet, daß man eine Nahtstenose macht. Das periurethrale Gewebe wird mit dünnem Drain drainiert. Nach 8—10 Tagen wird der Ableitungskatheter aus der Boutonnière entfernt, die sich bald restlos schließt und keine Verengerung hinterläßt. Das Urinieren erfolgt bei Entfernung des Katheters sofort durch die Nahtstelle, während diese bis dahin völlig frei von Benetzung durch Urin blieb und per primam intentionem abheilte. *Ruge* (Frankfurt a. Oder).

Angerer, O. v., Ersatz eines Harnröhrendefektes durch den Wurmfortsatz. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83,** H. 3, S. 678—680. 1913.

Nach kurzer Würdigung der sonstigen Methoden zum Ersatz größerer Harnröhrendefekte bringt v. Angerer die Krankengeschichte eines 12jährigen Knaben, bei dem er eine 4 cm lange traumatische Harnröhrenstriktur, die schon mehrfach vergeblich behandelt worden war, resecierte und genau nach der Vorschrift von Lexer durch den Schleimhautzylinder des dem Knaben selbst entnommenen Wurmfortsatzes mit sehr gutem Erfolg ersetzte.
v. Tappeiner (Greifswald).

Männliche Geschlechtsorgane:

Martin, Clarence, Some factors influencing the mortality of suprapubic prostatectomy. (Einige, die Mortalität der suprapubischen Prostatektomie beeinflussende Momente.) Americ. journal of surg. Bd. **27,** Nr. 4, S. 159—162. 1913.

Wenn in Fällen chronischer Harnstauung bei Prostatahypertrophie die Nieren längere Zeit unter einem starken Druck von unten gearbeitet haben, ist es gefährlich, sie allzu plötzlich von diesem zu entlasten. Eine fulminante Pyelonephritis oder totales Versagen der Nieren kann die Folge sein. Deshalb ist es nicht erlaubt, in solchen Fällen

sofort in einer Sitzung zu prostatektomieren. Vielmehr sind die Nieren erst allmählich zu entlasten. Das geschieht am besten durch urethralen Katheterismus, der mindestens über **3** volle Tage auszudehnen ist. Jeder Prostatektomie ist eine Cystoskopie vorauszuschicken, die über die intravesicale Form der Prostata orientiert. So vermeidet man die Ektomie von Drüsen, die barrenförmig oder kragenartig um die Urethra wachsen und besser durch Discission durch die Urethra behandelt werden. Ebenso werden Prostatektomien unterlassen bei gar nicht bestehender Hypertrophie der Drüse, auf deren Suche man dann leicht schwere Verletzungen macht. Ebenso bewahrt die Cystoskopie vor Eingriffen bei inoperablem Prostatacarcinom. Ferner darf nicht operiert werden bei bestehender eitriger Cystitis. Vielmehr ist diese zunächst durch entsprechende Maßnahmen, ev. durch eine präliminare Cystostomia suprapubica zu beseitigen. Vermittels dieser sind sogar schwere Infektionen des uropoetischen Systems in einer Woche zum Verschwinden zu bringen und das Allgemeinbefinden wesentlich zu heben. Einseitig zu operieren ist nur erlaubt in ganz reinen Fällen. Die Cystostomie geschah mit einem fingerdicken Rohr, das gute Spülungen der Blase erlaubt. Wichtig ist ferner, daß man beim Ausschälen der Drüse in der richtigen Schicht bleibt. Das ist die, die dem Finger den geringsten Widerstand leistet. Die Blutung ist dann gering. Verf. ist Anhänger der breiten suprapubischen Drainage in der Nachbehandlung. Durch sie sind Harnverhaltungen am besten zu bekämpfen, Gerinnsel am leichtesten zu entfernen. Die Beachtung all dieser gering erscheinenden Ratschläge wird nach Ansicht des Verf. manchen Mißerfolg vermeiden lassen. *Ruge* (Frankfurt a. M.).

Fowler, H. A., Prostatic and vesical calculi complicating suprapubic prostatectomy. (Prostata- und Blasensteine als Komplikation der transvesicalen Prostatektomie.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. **4**, S. 156—159. **1913.**

Bericht über einen der nach der Erfahrung des Autors und seinem Literaturstudium sehr seltenen Fälle von Prostatasteinen im Verein mit Hypertrophie der Drüse. Die 142 Konkremente lagen zwischen der adenomatösen Geschwulst und der chirurgischen Kapsel der Prostata und variierten zwischen Hanfkorn- und Erbsengröße. Außerdem befanden sich im Blasengrund 10 weitere $^1/_3$ bis 1,5 cm große Steine. Die klinischen Symptome bestanden in vermehrtem Urindrang, Schmerzen beim Wasserlassen und nierenkolikartigen Schmerzen. Die linke Hälfte der Prostata ist bei Digitaluntersuchung auffallend hart, so daß vor dem Eingriff an Malignität gedacht wurde. Bei demselben ging die transvesicale Enucleation der Drüse leicht vor sich, doch war es schwierig, die zahlreichen Konkremente, die das Bett der Prostata auskleideten, zu entfernen. Heilung. *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Kolischer, G., Technique of suprapubic prostatectomy. (Technik bei suprapubischer Prostatectomie.) Surg., gynecol. a. obstetr. **15**, S. 511—513. 1912.

Kolischer, G., The after treatment of suprapubic prostatectomy. (Die Nachbehandlung der suprapubischen Prostatectomie.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16**, S. 332—334. 1913.

Ungefähr eine halbe Stunde vor der Operation nimmt K. die Blutstauung in den Extremitäten nach Klapp vor. Hierauf wird die Blase mit 150 ccm einer 3 prom. Silbernitratlösung gefüllt. Der Pat. befindet sich in der Trendelenburgschen Lage. Die Technik der Operation unterscheidet sich kaum von der üblichen. Nach der Entfernung der Prostata exakte Blutstillung, Verschluß der Blasenwunde durch Lembertsche Catgutnähte. Im oberen Wundwinkel wird ein Gummidrain Kal. 24 eingelegt und durch eine Naht fixiert. Fortlaufende Blasennaht und Drainage des retrosymphysären Raumes, letzteres besonders dann, wenn der bakteriologische Befund positiv ist. Dem Blasendrain wird ein rechtwinklig gebogenes Glasrohr angesetzt, und sobald der Pat. ins Bett gebracht ist, wird an das Glasrohr ein entsprechend langer Gummischlauch angeschlossen und eine Syphondrainage etabliert. Diese erfährt am zweiten Tag nach der Operation eine temporäre Unterbrechung, während deren die Blase durch leichten Druck auf das Abdomen entleert wird. Am dritten Tage wird die Syphondrainage endgültig entfernt und die Blase durch eine gründliche Spülung mittels einer $^1/_5$ prom. Silberlösung gereinigt. Nach jeder Entleerung durch manuellen Druck wird 20 proz. Argyrollösung eingespritzt. Am dritten Tage wird auch das Blasendrain weggenommen. Erfolgt am siebenten Tage auf natürlichem Wege keine Harnentleerung, so hilft man durch Einführung kleinkali-

briger Sonden nach. Bei postoperativen Hämorrhagien aus dem retrosymphysären Raum führt K. einen Kolpeurynter in das Rectum ein, dilatiert diesen und beschwert die regio pubica durch einen gewichtigen Sandsack. Bei Auftreten von Phosphatkonkrementen wird die Blase mit einer Salicylsäurelösung gespült. Bei älteren Pat. gibt K. jedesmal Rectalinstillationen von 3% Glukoselösung. K. läßt seine Pat. bereits am zweiten Tage aufsitzen und am dritten Tag aufstehen. Am siebenten Tag hat er oft Nierenstörungen beobachtet, denen er durch die Gabe von Diuretica, heißen Einpackungen der Nierengegend und in Fällen urämischen Stupors durch Lumbalpunktion zu begegnen sucht. *Saxinger* (München).

Brickner, Walter M., Brief notes in prostatic surgery. 1—3. (Kurze Bemerkungen zur Prostatachirurgie.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. **4**, S. 162 bis 163. 1913.

1. Nachdem Verf. einen Fall erlebt hatte, in dem nach suprapubischer Prostatektomie zwar während der Operation durch Heißwasserberieselung des Prostatabettes die Blutung daraus völlig gestanden, nach einigen Stunden aber durch die lockere Gazeausfüllung derselben und das Blasenrohr hindurch eine profuse Blutung den Patienten dem Tode nahegebracht hatte, tamponiert er jetzt das Prostatabett stets fest und warnt vor Unterlassung dieser Tamponade. 2. In einem Falle von akuter eitriger Prostatitis hatte Verf. den Prostataeiter vom Rectum her mehrmals manuell ausgedrückt und wider Erwarten keine Schädigung davon gesehen. Deshalb ist er von dem alten Prinzip, nur bei chronischer Prostatitis zu massieren, abgegangen. Für Fälle von gonorrhoischer Urethritis, in deren Verlauf Symptome von Prostatitis oder Cystitis auftreten und in denen häufige Blasen- und Urethralspülungen nicht die Klärung des Urins und die Verminderung des Harndranges erfolgen lassen, ist täglich einmal der Finger in das Rectum einzuführen und die Prostata vorsichtig zu massieren, besonders die prominentesten und weichsten Stellen. 3. Zur Differentialdiagnose der Blasen- und Prostatasteine mache man ein Röntgenbild in Trendelenburgscher Lage, sodann ein gleiches in umgekehrt Trendelenburgscher Lage. Behalten die Steine ihre topographische Lage zum Blasenhals, so handelt es sich um Steine der Prostata, der prostatischen Urethra oder in retroprostatischen Divertikeln. — Die Abwesenheit aller Zeichen lokaler Infektion für ein mehr oder weniger langes Zeitintervall in Fällen von eitriger Prostatitis, ist stark verdächtig auf Prostatakonkremente. *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Cumston, Charles Greene, Suprapubic cystostomy. Its indications in carcinoma of the prostate with illustrative cases. (Suprapubische Cystostomie; ihre Indikation bei Prostatacarcinom mit erläuternden Fällen.) New York med. journal **97**, S. 646—648. 1913.

Bei Carcinom der Prostata mit akuter Harnverhaltung, ernster Infektion der Blase, heftigen Schmerzanfällen, Hämaturie und schlechtem Allgemeinbefinden empfiehlt Verf. die suprapubische Cystostomie als die beste der in Frage kommenden Operationen, weil sie den Zustand des Pat. sofort bessert und eine Verschiebung der Prostatectomie auf einen günstigeren Zeitpunkt gestattet. Er stellt diese Operation in Parallele zur Colostomie bei Rectumcarcinom. Eine Anzahl Krankengeschichten sind beigefügt. *Rothfuchs* (Hamburg).

Hutchinson, William, Four cases of prostatic disease. (Vier Fälle von Erkrankungen der Prostata.) Americ. journal of urol. Bd. **9**, Nr. 3, S. 133 bis 137. 1913.

An der Hand von vier Krankengeschichten beschreibt Hutchinson vier verschiedene Typen von Prostataerkrankungen, die wegen ihres nicht allzuhäufigen Vorkommens Interesse für sich beanspruchen. 1. Ein Absceß ohne nachweisbare Ätiologie; 2. Hyperplastische Form von Prostatatuberkulose mit Erscheinungen von Stenosierung der Harnröhre. 3. Ein Fall von Prostatastein. H. verweist hierbei auf die Fortschritte in der instrumentellen Untersuchung auf dem Gebiete der Harn- und Geschlechtsorgane. 4. Ein Fall von Strictur des Orificium internum urethrae im Anschluß an eine Prostatektomie. *Saxinger* (München).

Tasca, Pietro, Intorno ad un caso di torsione del funicolo in ectopia inguinale del testicolo. (Über einen Fall von Torsion des Samenstrangs eines ektopischen Leistenhodens.). (*Osp. civ., Venezia.*) Rif. med. Jg. **29**, Nr. **15**, S. 404—405 u. Nr. 16, S. 432—436. 1913.

Auffallend ist nach Ansicht des Verf. in dem vorliegenden Falle, daß keine stürmischen Erscheinungen wie Erbrechen, heftige Leibschmerzen vorhanden waren, und daß ein Trauma nicht vorangegangen zu sein schien, mit dem die Torsion hätte in Zusammenhang gebracht werden können. Die Ursachen der Samenstrangstorsionen können nach Tascas Ansicht nicht durch einen einheitlichen Mechanismus erklärt werden, es besteht in dieser Beziehung ein Unterschied zwischen den Samen-

strangstorsionen eines ektopischen und eines im Hodensack gelegenen Hodens. Im ersteren Falle kann ein plötzlicher, vermehrter Druck der Bauchpresse den Hoden vortreiben, und beim Zurückfedern des Hodens tritt die Torsion ein. Samenstrangstorsionen bei dem im Hodensack liegenden Hoden werden hingegen meistens durch eine den Hodensack direkt treffende Gewalt hervorgerufen. *Herhold* (Hannover).

Luys, Georges, Le cathétérisme des canaux éjaculateurs. (Der Katheterismus der Samenkanälchen.) Rev. prat. des mal. des org. génito-urin. Jg. **10,** Nr. 56, S. 113—118. 1913.

Bei einem 40jährigen Manne, der dreimal eine Gonorrhöe mit Prostatitis und Orchitis überstanden hatte, war die linke Samenblase im Verlaufe der Behandlung so schmerzhaft geworden, daß sie mittels Massage sich nicht mehr ausdrücken ließ. Bei der Urethroskopie ließ sich die Mündung des Canalis ejaculatorius leicht einstellen, nach Sondierung desselben war die Massage kaum noch schmerzhaft, es entleerten sich sofort enorme Eiter- und Detritusmengen, so daß alle Erscheinungen schnell zurückgingen und der Urin ganz klar wurde.

Der erste, der den Katheterismus der Samenkanäle versucht hatte, war Klotz im Jahre 1905, und zwar mittels besonderen Instrumentariums; da er aber ein schlechtes Resultat hatte, so war die Methode ganz in Vergessenheit geraten. Luys empfiehlt sie jetzt in geeigneten Fällen und stellt folgende Indikationen auf: 1. Gelingt es bei Retention des Sekretes infolge Verstopfung des Ganges trotz Massage nicht, das Hindernis zu beseitigen, so tritt der Katheterismus in seine Rechte, ebenso 2. bei schmerzhaften Ejaculationen, z. B. bei narbigen Stenosen. 3. Bei blutigen Ejaculationen, die entweder bei chronischen Entzündungen der Samenblasen oder bei einer Affektion der Samenkanäle eintreten können. 4. Bei den chronischen Spermato-Cystitiden, die sehr oft im Verlauf einer Gonorrhöe auftreten. Als Gegenindikation muß die akute Entzündung der hinteren Harnröhrenpartie gelten. Die genauere Technik kann nur im Original nachgelesen werden, zu bemerken ist, daß man sich am besten eines langen Urethroskoptubus von möglichst starkem Kaliber bedienen soll. *Valentin* (Berlin).

Hyman, A., and A. S. Sanders, Chronic seminal vesiculitis. A clinical résumé, with special reference to the urethroscopic findings in the posterior urethra. (Chronische Entzündung der Samenbläschen. Eine klinische Übersicht mit Bemerkungen über den urethroskopischen Befund der Pars posterior urethrae.) (*Genitourin. clin. of the Mount Sinai a. post-graduate hosp.*) New York med. journal **97,** S. 652—654. 1913.

Verf. fand unter 1000 Fällen von Gonorrhöe die Pars posterior der Harnröhre 629 mal (63%) erkrankt; von diesen 629 Erkrankungen zeigten 385 (61%) eine Prostatitis, 218 (35%) eine Entzündung der Samenbläschen, und zwar war diese in 64% der Fälle doppelseitig. Ätiologisch kommt besonders der Gonokokkus in Betracht; doch gibt es auch katarrhalische Formen ohne bestimmte Ätiologie (sexuelle Neurasthenie, Masturbation, Radfahren [!]). Verf. bespricht sodann das klinische Krankheitsbild und die diagnostischen Hilfsmittel und kommt zu dem Schluß, daß man nach dem urethroskopischen Befund allein eine Entzündung der Samenbläschen nicht diagnostizieren könne, daß vielmehr eine genaue Rectaluntersuchung und die mikroskopische Untersuchung des Prostata- und Samenblasensekretes (getrennt aufgefangen) unerläßlich sei. *Rothfuchs* (Hamburg).

James, C. S., and J. W. Shuman, Seminal calculi simulating nephrolithiasis. (Samenblasensteine unter dem Bilde der Nierensteine.) Surg., gynecol. a. obstetr. **16,** S. 302—303. 1913.

Während die so seltenen Samenblasensteine nach den Angaben der von den Autoren zitierten Chirurgen zumeist ohne Symptome oder aber mit solchen Beschwerden verlaufen, die denen der Prostatitis, Urethritis posterior oder Vesiculitis seminalis ähneln, beschreiben Verff. einen Fall von Samenblasenstein, der völlig den Symptomenkomplex rechtsseitiger Nierensteine gemacht hatte. Nephrotomie ergab gesunde Niere, keine Harnsteine. Exitus 4 Wochen später an Sekundärblutung aus der Nierenwunde, sowie hämorrhagisch-eitrige Nephritis. Obduktion: 4 kleine Steine in der rechten Samenblase. Ein fünfter war, vor der Nephrotomie per vias naturales entleert, als Nierenstein angesehen worden. *Ruge* (Frankfurt a. O.).

Culler, Robert M., Epididymotomy, a plea for a rational treatment of epididymitis. (Epididymotomie, ein Vorschlag für eine rationelle Behandlung der Epididymitis.) Americ. journal of urol. Bd. **9**, Nr. 4, S. 193—196. **1913.**
Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **1**, S. 308.

Worms, G., et A. Hamant, Sur le priapisme prolongé et son traitement chirurgical. (Über den prolongierten Priapismus und seine chirurgische Behandlung.) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 44, S. 709—714. 1913.

Krankengeschichte eines 43 jährigen Bureauangestellten. Anamnestisch keine hereditäre Belastung. Patient ist nervös, verheiratet, hat keine Kinder. Am Abend des 7. August außerehelicher Beischlaf. Am folgenden Morgen erwachte Patient mit lebhaften Schmerzen im Unterleib und in den Oberschenkeln, sowie starker Erektion des Gliedes. Die Schmerzen wurden so heftig, daß ein Arzt gerufen wurde, der kalte Kompressen und Brom verordnete. Da diese Mittel nichts nützten, machte Patient warme Umschläge, versuchte Hypnotica, übte mehrere Male den Koitus aus und masturbierte; alles ohne Erfolg. Bei der Aufnahme in die Klinik kann er nur mit größter Schwierigkeit gehen; dabei hält er das Glied mit beiden Händen fest, um jede Erschütterung zu vermeiden. Patient ist im höchsten Grade erschöpft und hat Erregungszustände, in denen er Suicidversuche macht. Bei der Untersuchung findet man das Glied den Bauchdecken anliegend und fast bis zum Nabel reichend. Ödem der Haut des Penis. Glans und Corpus spongiosum sind an der Schwellung nicht beteiligt. Milz nicht fühlbar. Es wird zunächst nach Dujon eine Incision an der Wurzel des linken Corpus cavernosum vorgenommen; es entleert sich etwas schwarzes zäh-klebriges Blut. Da das Glied geschwollen bleibt, 4 Tage später 5 cm lange Incision der unteren seitlichen Partie desselben Corpus cavernosum, wobei sich etwa 30 g schwärzlich-nekrotischen, in dunklem Blut schwimmenden Gewebes entleert. Als die rechte Seite weiter geschwollen bleibt, nach 4 Tagen Wiederholung derselben Operation rechts. Das Glied wird jetzt schlaff, wird möglichst exprimiert und die Wunde dann vernäht. Patient wird nach 12 Tagen geheilt entlassen. Nach 3 Monaten ist das Glied noch schlaff. Patient hat keine Erektionen mehr und kann auch nach Gebrauch von Exzitantien den Koitus nicht ausführen.

Überblick über die Literatur des Leidens (Neumann hat 1882 die ersten Fälle zusammengestellt). — Übersicht über die verschiedenen Formen des Priapismus 1. der akzidentelle, passagere Pr. symptomatisch, besonders bei Gonorrhöe, heilbar durch innere Mittel; 2. der chronische, intermittierende Pr., vor allem im Schlaf auftretend, sehr hartnäckig, eine Folge von Zirkulationsstörungen oder organischen Leiden (Tabes) des Rückenmarks. Er kann chirurgisches Vorgehen erforderlich machen, wie die ausführlich berichtete Krankengeschichte eines 42jährigen Tabikers lehrt, der selbst nach der Operation verlangte; 3. der akute prolongierte Pr., wie er in dem ersterwähnten Falle vorlag, der ohne Unterbrechung tage- und wochenlang anhalten kann. — Erörterung der Symptomatologie, geht schon aus der Krankengeschichte genügend hervor. — Verlauf des Pr. Er kann nach Tagen, Wochen oder Monaten allmählich verschwinden, geht dann aber häufig in sexuelle Impotenz aus. — Die Differentialdiagnose hat speziell die Satyriasis, die mit Fieber verbundene Cavernitis diffusa und die Cavernitis chronica auszuscheiden. — Ätiologisch kommen in Betracht allgemeine Ursachen, besonders Leukämie, nervöse Zustände, Vergiftungen (Canthariden) Infektionen und lokale, reflektorisch wirkende Ursachen wie Urethritis, Cystitis, Blasensteine, nasale Schwellungen, Appendicitis, Rückenmarksleiden. — Zur Erklärung des Mechanismus des Pr. sind die thrombotische und die Hämatomtheorie abzulehnen. Wahrscheinlich wird der Pr. durch nervöse Einflüsse bedingt, die vasodilatatorisch einen vermehrten Blutzufluß zum Penis verursachen, und deren verhängnisvolle Wirkung durch mannigfache Umstände (mechanische Verlegung der Abflußwege, Vermehrung der weißen Blutkörperchen bei der Leukämie) verstärkt werden kann. — Therapeutisch kann nach Versagen konservativer Maßnahmen (sedative Mittel, Blutegel, Schröpfköpfe) nur die Operation in Frage kommen. Zuweilen genügt eine Incision an der Peniswurzel da, wo beide Corpora cavernosa zusammenstoßen. Sonst muß man mehrmals beiderseits incidieren. Ein- oder doppelseitige Durchschneidung des Nerv. perineodorsalis ist nicht zu empfehlen. Die Incision der Corpora cavernosa darf nicht erst ausgeführt werden, wenn die Schädigung der sexuellen Funktionen schon irreparabel ist. *Kempf* (Braunschweig).

Schumacher, J., Über Gonargin, ein neues Vaccinepräparat. (*Prof. Dr. Max Josephs Poliklin. f. Hautkrankh., Berlin.*) Dermatol. Zeitschr. Bd. 20, H. 5, S. 400 bis 411. 1913.

Weibliche Geschlechtsorgane:

Deane, Frederick, Note on a parovarian cyst in a child presenting in the epigastrium. (Parovarialcyste im Epigastrium bei einem Kinde.) Lancet **184,** S. 887. 1913.

Bei einem achtjährigen Mädchen zeigte sich eine in 6 Monaten schnell gewachsene Geschwulst oberhalb des Nabels, die sich bei der Operation als eine langgestielte Parovarialcyste erwies. Exstirpation der Cystenwand nach Entleerung des Inhalts. Heilung. *Hochheimer.*

Violet, H., et J. Murard, Des renseignements fournis par l'exploration urinaire dans les indications opératoires du cancer de l'utérus. (Die Bedeutung der Untersuchung der Harnorgane inbezug auf die operative Indikation des Uterus Carcinoms.) (*Clin. gynécol., prof. Auguste Pollosson.*) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. **20,** S. 129—142. 1913.

Verf. betont an der Hand von 21 Fällen die Wichtigkeit klinischer Untersuchung der Harnwege beim Uteruscarcinom für die operative Indikationsstellung. Abgesehen von den gewöhnlichen Nieren-, Blasen- und Harnuntersuchungen wird vor allem auf Cystoskopie und Ureterenkatheteismus Wert gelegt. Beschreibung einer Reihe typischer mucöser und submucöser Blasenveränderungen und deren Deutung in bezug auf das benachbarte Carcinom. Auch die Form der Ureterenmündung, die Art ihrer Tätigkeit und gewisse Störungen beim Katheterismus sind für die Ausbreitung des Carcinoms bezeichnend. *Kalb* (Stettin).

Watrin, Maurice, Les rayons de Röntgen dans le traitement des métrorragies. (Die Röntgentherapie in der Behandlung der Metrorrhagien.) Scalpel et Liège med. **65,** S. 463—467. 1913.

Zusammenfassendes Referat über den gegenwärtigen Standpunkt der Röntgentherapie bei Metrorrhagien an deutschen Kliniken mit besonders genauer Beschreibung der an der Bummschen Klinik angewandten Technik. Kontraindikationen nach Ansicht des Verf. sind gegen die Röntgentherapie: Verdacht auf maligne Degeneration des Myoms, Verdacht auf gleichzeitiges Bestehen eines Uteruscarcinoms, Vereiterung des Myoms, submuköser Sitz desselben, Adenomyom, besondere Größe des Tumors, gleichzeitiges Vorhandensein von Adnextumoren, endlich unter Umständen die soziale Lage der Kranken. *Kalb* (Stettin).

Schmid, Hans Hermann, Blasenscheidenfistel, geheilt durch freie Fascientransplantation. (*K. k. dtsch. Univ.-Frauenklin., Prag.*) Zeitschr. f. gynaekol. Urol. Bd. 4, H. 1, S. 33—37. 1913.

Schmid hat bei einer 48jährigen Frau, die wegen Carcinoma colli uteri nach Wertheim operiert worden war und infolge einer Blasenverletzung eine Blasenscheidenfistel bekommen hatte, nach zweimaliger vergeblicher Fisteloperation durch eine freie Fascientransplantation eine Heilung der Fistel erzielt. Er nahm ein 3 : 2 cm großes, rechteckiges Stück der Fascia lata des rechten Oberschenkels und interponierte es nach Anlegung der Blasennaht zwischen Blasen- und Scheidenschleimhaut, so daß die Blasennaht vollständig gedeckt war. Unter möglichst großer Spannung wurde die Fascie an ihren vier Ecken durch vier Catgutnähte befestigt. Darüber wurde die Scheidenschleimhaut vernäht. Die Fascie heilte vollkommen reaktionslos ein, die Blase blieb dauernd geschlossen; es trat keine Fistel mehr auf. Auf Grund des erzielten guten Resultates glaubt Sch. berechtigt zu sein, die freie Fascientransplantation für jene Fälle von Blasenscheidenfisteln zu empfehlen, welche bei der ersten Operation nicht heilten; ferner möchte er sie auch für die erste Operation größerer Fisteln anraten, wenn es nicht gelingen sollte, Blasen- und Scheidenschleimhaut einwandsfrei zu vereinigen. Störungen an der Stelle, wo die Fascie am Oberschenkel entnommen worden ist, wurden nicht gesehen. *Kolb* (Heidelberg).

Gliedmaßen.

Allgemeines:

Becker, Wilhelm, Zwölf Jahre Orthopädie. Therapeutische Erfahrungen und Behandlungsmethoden. (*Orthop. Inst., Bremen.*) Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurg. Bd. **12,** H. 1/2, S. 24—96. 1913.

Becker berichtet über seine chirurgische und orthopädische Tätigkeit in den letzten 12 Jahren in Bremen. Er hat die von ihm behandelten Patienten fast alle ambulant behandelt und hebt noch besonders hervor, daß er alle Eingriffe und Verbände selbst gemacht hat, ein

wichtiger Faktor für die Beurteilung des vorliegenden Materials. Bei den orthopädischen Kuren benutzt er ausgiebig den von ihm angegebenen und bereits referierten Myomotor, hat gleichzeitig oder nachher recht gute Resultate mit dem Heißluftpendelapparate gehabt. Bei den Hülsenapparaten gebraucht er bei den Korsetts das Cellelonid, bei den Schienenapparaten das Rindwalkleder. Die Behandlung der Rückgratsverkrümmungen geschieht nach folgenden Grundsätzen: leichtere Formen werden nur einer energischen orthopädischen Kur unterzogen, mittelschwere Formen werden ebenso behandelt, erhalten aber außerdem ein Redressionskorsett am Tage und ein Redressionsgipsbett für die Nacht. Die schweren Formen werden im jugendlichen Alter dem forcierten Redressement unterzogen; die Erwachsenen erhalten ein Stützkorsett und werden bei stärkeren Rückenschmerzen auch orthopädisch behandelt. Bei der Spondylitis wird bei den Frühfällen, die ebenso wie anderswo in Bremen leider nur selten in die Behandlung des Orthopäden kommen, das von Lorenz angegebene Reklinationsgipsbett angewendet und zwar bei Kindern etwa ein Jahr lang, dann wird ein Gipsverband angelegt, um den für die Horizontallage erreichten Erfolg auch für die vertikale Lage zu sichern. Am Ende des 2. Behandlungsjahres wird dann schließlich ein exakt stützendes Lordosierungskorsett angelegt. Schließlich folgt in geeigneten Fällen die orthopädische Nachbehandlung mit der Muskelkur des Rückens, die den Patienten allmählich von seinem Korsett abgewöhnen soll. Bei Erwachsenen wird statt des Gipsbettes ein Gipsverband und Liegekur gebraucht. Beim Schiefhals ist B. für die offene Tenotomie, hat in allen schweren Fällen auch einen Teil der benachbarten Muskeln mitgenommen und ein recht ausgiebiges Redressement nach Lorenz folgen lassen. Als Verband legt B. den Schanzschen Watteverband an. Bei der angeborenen Hüftgelenksverrenkung macht B. die Einrenkung über den unteren Pfannenrand ohne präliminare Extension und Verband mit Einbeziehung des Kniegelenks. Nach 1 Monat erneuter Verband mit Freilassung des Kniegelenks für 2—3 Monate, dann wendet B. zur allmählichen Überführung in die Normalstellung die von Schanz empfohlene Hoeftmannsche Schiene an. Ist nur eine Anteversion erreicht, so wird eine energische Nachbehandlung der Muskulatur vorgenommen, mit der B. Erfolge erreicht hat, die sich von der anatomischen Heilung kaum unterscheiden. B. hat in 11 Jahren 40% Heilung, 33% gute Besserung und 27% keine Besserung. Nach dem Kapitel über die Coxa valga oder die Subluxation des Hüftgelenks sowie die Coxa vara und Schenkelhalsfraktur bespricht B. die Behandlung der Coxitis. Sie soll möglichst früh eingeleitet werden, hat mit einem Gipsverband für die Hüfte in mäßiger Abduktion nach unten bis zum Knie reichend zu bestehen. Die Entlastung ist möglichst einzuschränken, wobei der Schmerz des Pat. einzig und allein maßgebend ist. Ist eine Entlastung nötig, wird ein kombinierter Heftpflaster-Extensionsgipsverband mit Sitzring und Steigbügel angelegt. Die Ischiasbehandlung ist eine ausgesprochene Muskelbehandlung. Die Kniegelenktukerkulose wird nach genau denselben streng konservativen Prinzipien wie bei der Coxitis behandelt, nur bei den leichteren Fällen wird nach Ausheilung des tuberkulösen Prozesses ein bewegliches Gelenk zu erstreben versucht durch Biersche Stauung, Mobilisierungsversuche und Muskelkur. Beim Klumpfuß legt B. nach dem Redressement, wobei besonders die Aufrollung des inneren Fußrandes wichtig ist, einen Gipsverband an, da nur so diese Aufrollung exakt zu fixieren ist. Die übrigen Kapitel, von denen besonders das über die Kinderlähmung mancherlei Interessantes bringt, müssen im Original nachgelesen werden. Eine Reihe guter Abbildungen sowie eine Anzahl Krankengeschichten vervollständigen das Ganze. *Creite* (Göttingen).

Guaccero, Alessandro, Rendiconto clinico-statistico del primo biennio di funzionamento della sezione ortopedica. (Klinisch-statistische Übersicht über die innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren in der orthopädischen Abteilung ausgeführten Operationen.) (*Istit. chirurg.-ortop., Triggiano* [*Bari*].) Arch. di ortop. Jg. **30**, Nr. 1, S. 72—111. 1913.

Roberts, John B., Operative fixation as a cause of delay in union of fractures. (Operative Fixation als Ursache der verzögerten Heilung bei Frakturen.) Ann. of surg. Bd. **57**, Nr. 4, S. 545—554. 1913.

Roberts vergleicht die Erfolge der operativen und nichtoperativen Behandlung von geschlossenen Frakturen an den langen Röhrenknochen.

Er berichtet über einen 29 Jahre alten, gesunden, kräftigen Verletzten, der eine nicht komplizierte Fraktur der rechten Tibia etwas unterhalb der Mitte und 2 Frakturen der gleichseitigen Fibula hatte. Nach verschiedenen Versuchen, auch in Narkose, die Bruchstücke gut zu stellen, entschloß sich Roberts, die Bruchstelle der Tibia durch eine Längsincision freizulegen und die Knochenenden durch eine mit Nägeln befestigte Metallplatte in richtiger Stellung zu fixieren. Das Bein wurde dann in einen Gipsverband gelegt. Da nach 16 Wochen noch immer keine Konsolidation der Fraktur eingetreten war, ging R. an der alten Incisionsnarbe wieder ein und nahm die Platte mit ihren Nägeln fort. Die Platte war in fibröses Bindegewebe eingebettet und es fand sich im ganzen Bereich der Bruchstelle nur hier etwas Callusbildung. Eine Interposition von Muskeln oder Fascien lag nicht vor. R. machte in die

Knochenenden sowie in das zwischen den Knochen liegende Bindegewebe mehrere Bohrlöcher, schloß die Wunde und legte das Bein wieder in einen Gipsverband. Erst 33 Wochen nach dem Unfall begann die Konsolidation, und der Verletzte, der reichlich Calc. carb. und Calc. lactophosph. genommen hatte, konnte jetzt mit Hilfe zweier Krücken gehen, jedoch erst 2 Monate später seine Tätigkeit als Lehrer wieder aufnehmen. — Als wahrscheinliche Ursache für die verzögerte Heilung der Frakturen glaubt R. die Eröffnung der Gewebe zur Anlegung der Platte ansehen zu müssen. Jedenfalls lag hier keine Interposition von Weichteilen vor. Der Pat. wünschte schnelle Heilung, um bald seine Tätigkeit wieder zu versehen und zu seiner Familie, von der er getrennt war, zurückzukommen. Er war deshalb sehr unruhig und R. glaubt, auch diesen Zustand als wichtigen Faktor für das schlechte Resultat ansehen zu müssen, wobei noch die Anzahl der Brüche (3) einen Einfluß auf die Callusbildung gehabt hat.

Bei der Durchsicht der neueren, amerikanischen Literatur, aus der R. einige Beispiele anführt, ist er überrascht durch die große Anzahl der Mitteilungen, die in der operativen Behandlung einer nicht komplizierten Fraktur keine Verkürzung, sondern eine Verlängerung der Zeit zur Konsolidation sehen. Auf Grund seiner gemachten Erfahrungen glaubt R. die operative Behandlung der nicht komplizierten Frakturen nur für jene Fälle reservieren zu müssen, bei denen die Reposition der Bruchstücke nicht gelingt oder in denen die gute Stellung der Bruchstücke nicht bestehen bleibt. *Creite* (Göttingen).

Edberg, Einar, Om purulenta spädbarnsartriter och deras betydelse för framtida deformiteter. (Über purulente Arthriten bei Säuglingen und deren Bedeutung für zukünftige Deformitäten.) Hygiea **75**, S. 203—225. * 1913. (Schwedisch.)

Verf. berichtet über 4 Fälle von purulenter Coxitis, 1 Fall von Omarthritis, 1 Fall von gleichzeitiger Omarthritis und Gonitis und 1 Fall von doppelseitiger Gonitis. Die bakteriologische Untersuchung konstatierte Pneumokokken bei einer 3wöchigen Coxitis ♀, Staphylokokken (pyog. aur.) in 3 Fällen, nämlich bei 5wöchiger Coxitis ♀, bei 10tägiger Omarthritis ♀, bei 5wöchiger Omarthritis und Gonitis ♂, und schließlich Streptokokken bei 2monatlicher bilateraler Gonitis. Zwei Fälle von Coxitis bzw. $1^1/_2$jähr. ♀ und 3wöchiger ♂, wurden nicht bakteriologisch untersucht, doch ist Verf., aus guten Gründen, der Ansicht, daß es sich in diesen beiden Fällen um eine septische Infektion handelte. Verf. steht in dieser Beziehung in scharfer Opposition zu Rovsing, der 1896 geltend machte, daß viele Fälle von Gelenkentzündung bei Säuglingen, welche als septisch beschrieben werden, in der Tat tuberkulöser Art sind. Verf. bestätigt die übliche Auffassung der Bedeutung der akuten Enterokatarrhe für die Entstehung der septischen Knochen- und Gelenkentzündungen bei Säuglingen und ist der Meinung, daß die „katarrhalische Synovitis" in dem alten Volkmannschen Sinn die gewöhnliche pathologisch-anatomische Form ist, obgleich osteale Formen dann und wann auch beobachtet werden; er begründet diese Auffassung vor allem auf die schnelle Ausheilung, die bei kleinen Arthrotomien öfters eintritt. Keiner von den Fällen des Verf. hat einen letalen Verlauf gehabt, sondern die Eiterung heilte aus, gewöhnlich nach äußerst kleinen Incisionen. Es ist dem Verf. möglich gewesen, mehrere Jahre hindurch die von ihm beschriebenen Fälle zu beobachten: Keiner von den Coxitisfällen stellte bei der ersten Operation eine Luxation dar; in 2 Coxitisfällen entwickelte sich vollständige Luxation, in einem dritten, Subluxation und in dem vierten Coxa vara. Dem Verf. nach entwickeln sich Luxationen nach septischen Coxiten seltener im akuten Stadium. Durchgängig findet man bei diesen Coxiten schon frühzeitig große paraartikulare Abscesse; schon früh perforiert also das Gelenkexsudat, wodurch die Dehnung der Kapsel abnimmt, und es läßt sich nicht leicht denken, daß die Luxation von der Distension primär bedingt sei, falls erstere sich nicht vor dem Durchbruch der Kapsel entwickelt hatte. Bei Säuglingen sieht man keine septischen Destruktionsluxationen, wie sie sich in Fällen von Osteomyelitis-Coxitis bei etwas höherem Alter entwickeln. Was bei der radiologischen Untersuchung am meisten aufgefallen ist, das ist die hochgradige Atrophie und Deformation des ganzen intra-

artikularen Teils der Extremität; es ergibt sich auf diese Weise zwischen dem (Oberschenkel-) Kopf und der Pfanne eine fortwährend gesteigerte Inkongruenz, welche durch die Beeinflussung der Bewegung, des Tonus und schließlich der Belastung zur Luxation wird. Der Verf. zeigt die Möglichkeit einer radiologischen Differentialdiagnose zwischen den kongenitalen Luxationen des Hüftgelenks und denen, die von einer im Säuglingsalter durchgemachten Coxitis herrühren, und hebt das Verdienst, das Drehmann zukommt, hervor, diesen Verhältnissen zuerst eingehende Studien gewidmet zu haben. In 2 Fällen von Luxation des Hüftgelenks ist eine blutige Reposition mit Erfolg ausgeführt worden. In keinem der 3 Fälle von Gonitis, welche der Verf. beobachten konnte, scheint die purulente Arthritis dauernde Schaden verursacht zu haben. Diese Fälle liefern also — unter Voraussetzung einer rechtzeitigen, korrekten Behandlung — eine gute Prognose. In einem nachträglich untersuchten Falle von Omarthritis wurde Atrophie des Gelenkkopfes und weiche Crepitation des Gelenkes nachgewiesen; keine Tendenz zur habituellen Luxation lag vor. Der Aufsatz wird durch Röntgenaufnahmen (Skiagramme) erläutert. *Giertz* (Umeå, Schweden).

Porter, John L., The treatment of tuberculous joints. (Behandlung der Gelenktuberkulose.) Surg., gynecol. a. obstr. **16**, S. 334—339. 1913.

Bespricht die Gesichtspunkte, die ihn bei der Behandlung der Gelenktuberkulose leiten: 1. Kräftigung der Widerstandsfähigkeit des Patienten auf jede mögliche Weise; 2. Position des Gelenkes in eine für die spätere Brauchbarkeit möglichst günstige Stellung; 3. Verhütungsmaßregeln gegen Kontrakturen so früh als möglich. Von den Behandlungsmethoden wendet Porter, wenn der Fall es erlaubt, am liebsten die mechanische an; sein Ziel ist absolute Ruhigstellung für lange Zeit, nicht für Monate, sondern für Jahre, noch über die Zeit hinaus, wo man annehmen darf, daß der Prozeß ausgeheilt ist. Mit der Bierschen Stauung, die P. unter diese Rubrik rechnet, hat er Enttäuschungen erlebt. Die chirurgische Behandlung beschränkt P. auf Fälle, wo starke Zerstörungen der Knochen und Sequester vorhanden sind, oder wo es darauf ankommt und möglich ist, den Patienten von seinem Krankheitsherd zu befreien. Im allgemeinen vermeidet er eine Operation bei Kindern, bei Erwachsenen operiert er eher, besonders bei ausgedehnten Fußtuberkulosen. Von Injektionen hält P. nur bei Fällen von primärer Synovialtuberkulose etwas; er benützt dann eine Lösung von Formaldehyd im Olivenöl. Bei Fällen, wo der Knochen primär erkrankt ist, hält er Injektionen, auch von Jodoform, für sinnlos, da sie doch nicht auf den Infektionsherd einwirken könnten. — Im allgemeinen hält P. es für falsch, Abscesse zu eröffnen, da die oft nicht zu vermeidende Mischinfektion den Patienten schwer schädigt. Nur wenn der Absceß durch seine Lage mechanische Maßnahmen hindert oder das Befinden des Kranken sichtbar beeinträchtigt, wird er incidiert, ausgespült und wieder verschlossen. — Fisteln werden ausgekratzt oder ausgeschnitten; von der Beckschen Paste hält P. wenig, auch die Wrightsche Opsoninbehandlung hat ihm nur wenig genützt, Tuberkulin hält er für nutzbringend. — Von Röntgenbehandlung hat er niemals irgendeinen Effekt gesehen. — Lähmungen bei Wirbelsäulentuberkulose behandelt er mit Extension für 6—18 Monate und hat bei jedem Fall, wo sie lang genug in Anwendung war, Besserung gesehen. *Lobenhoffer* (Erlangen).

Lexer, Rückverpflanzung von Gelenkteilen (Gelenkautoplastik). (Mittelrhein. Chirurg.-Vereinig., Frankfurt a. M., 15. II. 1913.) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 16, S. 603—604. 1913.

Lexer empfiehlt bei solchen Fällen von Luxationsfrakturen, bei denen man bisher zur Entfernung der luxierten und abgebrochenen, von ihrer Umgebung vollkommen losgelösten Gelenkteile gezwungen war, die abgebrochenen Teile nicht zu entfernen, sondern als Autoplastik wieder zu implantieren unter möglichster Rekonstruktion normaler anatomischer Verhältnisse. Die Einheilung des Implantats wird dadurch erschwert, daß es nicht in normales Gewebe zu liegen kommt, da bei frischen Fällen

das Gewebe durch Blutung und Quetschung in seiner Ernährung geschädigt ist und bei älteren Fällen man mit ausgedehnter Narbenbildung rechnen muß, die ebenfalls für die Ernährung eines Implantats ungünstig ist. Der Versuch sollte aber immer gemacht werden; denn im schlimmsten Fall (Nekrose des Implantats) wird man nur ein Resultat bekommen wie nach der sofortigen Entfernung des Gelenkstückes bei der ersten Operation. L. hat bisher 2 Fälle so operiert.

Der erste Fall betraf eine 2 Monate alte Luxationsfraktur im Ellbogengelenk, bei der das vollkommen losgelöste Fragment mit einem Hornstift in seine richtige Lage festgebolzt wurde. Guter funktioneller Erfolg. Im zweiten Fall handelte es sich um eine Luxationsfraktur des Humerus. Die Bruchlinie verlief schräg unterhalb des Coll. chir. Das ebenfalls vollkommen losgelöste Fragment wurde mit Drahtnähten fest an den Humerus fixiert und dann die Luxation reponiert. Das Resultat (der Fall ist noch in Nachbehandlung) verspricht gut zu werden.

v. Tappeiner (Greifswald).

Allison, Nathaniel, Muskelgruppenisolierung zur Beseitigung spastischer Lähmungen. (1. Artikel der deutsch-amerikanischen Austauschserie.) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. **31**, H. 3/4, S. 444—459. 1913.

Verf. sucht spastische Lähmungen durch Alkoholinjektionen in den Nerven zu beseitigen. Er geht von dem Gedanken aus, daß spastische Zustände durch konstant wirkende, sich summierende Reize, die von den motorischen Rindenzellen ausgehen, bedingt sind. Diese Reize teilen sich durch die Nerven den Muskeln mit und führen so zu den Contracturen. Also sind die Nerven die „Wurzel des Übels“ und müssen therapeutisch in Angriff genommen werden. Hat man festgestellt, welcher Nerv jeweils die contracte Muskelgruppe innerviert — „Muskelgruppenisolierung“ — so wird derselbe freigelegt und in seine Scheide, nicht in die Nervensubstanz selbst, eine Alkohollösung injiziert. Die Lösung ist am besten 90proz., da sonst die gewünschte Wirkung in Frage steht. Der Zweck der Injektion ist der Abschluß der Muskelgruppe von der Verbindung mit dem Zentralnervensystem. Unmittelbar nach der Injektion tritt eine mehr oder weniger ausgesprochene Lähmung der contracturierten Muskeln ein, ohne daß die Antagonisten in ihrer Funktion beeinträchtigt werden. Im Anschluß an die Operation müssen zur weiteren Entwicklung der Antagonisten Übungen vorgenommen werden, um nach Möglichkeit ein muskuläres Gleichgewicht herzustellen. — Nach näherer Beschreibung der Operationstechnik berichtet Verf. über drei mit gutem Erfolg operierte Fälle. Auch macht er ausdrücklich auf eine richtige Auswahl der Fälle aufmerksam, welche sich für seine Behandlungsmethode eignen, im allgemeinen: 1. Little; 2. infantile Hemiplegie und 3. Hemiplegie nach cerebraler Hämorrhagie.

Engelhard (München).

Obere Gliedmaßen:

Calatayud, C., et L. Estopina, À propos d'un cas de synovite calcifiante sous-deltoidienne diagnostiqué par la radiographie. (Über einen Fall von verkalkter Bursitis subdeltoidea, durch das Röntgenverfahren diagnostiziert.) Ann. d'électrobiol. et de radiol. **16**, S. 117—124. 1913.

42jährige Patientin erkrankt beim Brotschneiden plötzlich mit heftigen Schmerzen in der rechten Schulter, die jede Bewegung im Schultergelenk unmöglich machen. — Abgesehen von Druckempfindlichkeit außen und gerade unter dem Gelenk, kein Befund. — Das Röntgenbild zeigt einen länglichen Schatten im Deltoides, einige mm vom Humerus entfernt, der auch nach 4 Wochen noch zu sehen ist, als alle Beschwerden geschwunden sind. — Es handelt sich demnach um eine chronische, zur Verkalkung führende Entzündung der Bursa subdeltoidea, die durch ein geringfügiges Trauma akut geworden ist. *Denks* (Hamburg).

Lobenhoffer, W., Über Scapularkrachen. (*Chirurg. Klin., Erlangen.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83**, H. 3, S. 484—488. 1913.

Beschreibung eines Falles von Scapularkrachen bei einem 15jähr. Jungen bedingt durch einen am oberen Scapularwinkel sitzenden Schleimbeutel, in dem durch die Bewegung beim Mähen eine chron. Entzündung entstanden war. In den Schleimbeutel sprang eine halberbsengroße, der Scapula aufsitzende Knochenprominenz vor (Luschkasches Knochenhöckerchen). Durch Exstirpation des Schleimbeutels und Abmeißeln des Knochenvorsprungs wurde Heilung erzielt. *Fromme* (Göttingen).

Gibb, W. F., An unusual tumour of the biceps muscle. (Eine ungewöhnliche Geschwulst des Musc. biceps.) (Med.-chirurg. soc. Glasgow, meet. 13. XII. 1912.) Glasgow med. journal **79**, S. 299—300. 1913.

Kurze Mitteilung des mikroskopischen Befundes bei einem Fibroangiom des Biceps. *Wehl* (Celle).

Marsili, Ettore, Rottura del bicipite brachiale. (Ruptur des Biceps bracchialis.) Gaz. med. lomb., Jg. **72**, Nr. 15, S. 114—116. 1913.

68jähriger, bisher stets gesunder Mann verspürt gelegentlich einer Bewegung mit dem rechten Arm, die er ausführt, um sich bei einem drohenden Sturz im Gleichgewicht zu erhalten, einen heftigen Schmerz daselbst, der in den nächsten Tagen verschwindet. Dafür tritt bei Beugebewegungen ein hühnereigroßer, indolenter, sphärischer, radiograpisch als Schatten sichtbarer Tumor im unteren Drittel des Oberarms auf, der bei Streckbewegungen verschwindet und mit dem Bicepsmuskelbauch unzweifelhaft zusammenhängt. Alle Armbewegungen waren und sind frei. Es handelt sich hier um keine Muskelhernie, sondern um eine Pseudohernie oder besser gesagt, Muskelruptur. *v. Saar* (Innsbruck).

Bychowsky, Chawa, Ein Fall von angeborener Ellbogenankylose eines im Wachstum zurückgebliebenen und mißgebildeten Armes. Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. **31**, H. 3/4, S. 480—496. 1913.

Beschreibung eines Falles von angeborener Ankylose des Ellbogens in rechtwinkliger Beugung und Pronation. Außerdem Mißbildung der Hand durch Aplasie des Daumens, Fingercontracturen und Syndaktylie des 4. und 5. Fingers. Das Röntgenbild ergibt eine völlige knöcherne Vereinigung von Humerus und Radius. In der Hand sind nur 3 Metacarpalien angelegt. Die Mißbildung scheint auf amniotische Abschnürungen zurückzuführen zu sein. Zusammenstellung und Besprechung der einschlägigen Literatur. *Schede* (München).

Maass, H., Die kongenitale Vorderarmsynostose. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 15, S. 704—706. 1913.

Publikation eines Falles von Vorderarmsynostose. Symptom ist die ausgesprochene Pronationsstellung, Unmöglichkeit der Supination, Streckfähigkeit vermindert, Hyperflexionsmöglichkeit manchmal vorhanden. Diagnostisch kommen noch in Betracht doppelseitige rachitische Vorderarmverkrümmungen.

Im Röntgenbilde des erwähnten Falles sind die proximalen Abschnitte von Ulna und Radius sehr deutlich in ganzer Ausdehnung gesondert erkennbar, aber erheblich deform und an der Kreuzungsstelle durch eine von der Ulna ausgehende Knochenneubildung synostotisch verbunden. Diese Synostose geht von der Ulna aus und umfaßt sekundär das Radiusende. Das proximale Ulnaende ist nach vorn konkav aufgebogen. Gegen die gesunde Seite ist der rad. in toto stark verkürzt, seine physiologische Kurvatur aber ist vermehrt.

Für die Pathogenese gibt es 2 Theorien: a) Lieblein faßt es als Hemmungsmißbildung auf. b) Blumenthal nimmt eine intrauterine rein mechanische Genese an dadurch, daß abnormer Druck auf das epiphysäre Wachstum der proximalen Knochenenden einwirkt. Verf. schließt sich dieser Theorie an. Die Synostose erklärt Verf. nicht durch periostitische Wucherung, sondern durch ein rein mechanisch bedingtes abnormes Breitenwachstum der oberen Ulnaepiphyse in der druckfreien Richtung entsprechend dem an den konkavseitigen Partien mechanisch am stärksten behinderten Höhenwachstum. Beweis d. V. experimentell in Virchows Archiv **163**, H. 2. Mangelndes Fruchtwasser neben pathologischer Stellung der Extremität sind Bedingung. Chirurgische Therapie bis jetzt nicht sehr zufriedenstellend. *Mayersbach* (Innsbruck).

Eve, Duncan, Colles' fracture. (Der Bruch des unteren Radiusendes.) South. practitioner Bd. **35**, Nr. 1, S. 7—12. 1913.

Speck, Walther, Luxation der Hand radialwärts mit isolierter Luxation des Kahnbeins volarwärts. (Kombinierte Luxation.) (*Diakonissenh., Leipzig-Lindenau.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **122**, H. 1/2, S. 57—66. 1913.

Sp. beschreibt einen Fall, bei dem nach starker Stauchung und Überbiegung des Handgelenkes in einem Maschinenbetriebe eine Luxation der Hand radialwärts und isolierte Kahnbeinluxation volarwärts, kompliziert durch Subluxatio dorsalis ulnae, Abbruch des proc. styloides ulnae und des kleinen proc. med. radii am distalen Radiusende, diagnostiziert werden konnte. (Röntgenbilder.) Reposition gelingt im Ätherrausch durch Druck auf das Kahnbein bei gleichzeitigem Zug an der Hand mit Dorsal- und Ulnarflexion und schnellem Übergehen in die Volarflexion. Prognose wird hier und im allgemeinen günstig gestellt. Besprechung

der geringen Kasuistik über beide Arten der Luxation, des Mechanismus (Riedl) unter Betonen, daß diese seitlichen Handluxationen wohl nur Subluxationen seien und nur bei seitlichem Kapselriß mit Abbruch eines proc. styloides resultieren können. Von den therapeutischen Angaben sei die Empfehlung einer gelegentlich notwendigen blutigen Einrenkung (besser als Exstirpation, da diese die Gebrauchsfähigkeit der Hand beträchtlich einschränke) hervorgehoben. *Hesse* (Greifswald).

Enderlen, Zur freien Sehnentransplantation. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **83**, H. 3, S. 727. 1913.

Demonstration des guten funktionellen Resultates bei einem Ersatz des herausgerissenen Flexor profondus des 4. Fingers durch die Sehne des Palmaris longus. *Knoke* (Wilhelmshaven).

Untere Gliedmaßen:

Marchetti, Giovanni, Contributo allo studio di possibili dilazioni varicose trombizzate allo sbocco della safena interna simulanti un' ernia crurale irriducibile. (Varicöse Erweiterung der Vena saphena an ihrer Einmündungsstelle in die Vena cruralis, einen Schenkelbruch vortäuschend.) (*Osp. civ. Modena.*) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig., S. 81—83. 1913.

45jährige Frau litt an einer unter der linken Leistenbeuge sitzenden, nußgroßen Geschwulst, welche seit drei Tagen schmerzte, sich hart anfühlte und nicht zurückzubringen war; dabei bestand zeitweiliges Erbrechen. Verf. nahm an, daß es sich um eine eingeklemmte Schenkelhernie handelte, fand aber bei der Operation, nachdem er anfangs geglaubt hatte, eine mit blutigem Serum gefüllten Bruchsack vor sich zu haben, daß er eine varikös erweiterte Vena saphena an der Einmündungsstelle in die Schenkelvene vor sich hatte. Nach doppelter Unterbindung wurde das erweiterte Venenstück reseziert, beim Eröffnen zeigte es sich mit Blutgerinnseln angefüllt. Der weitere Heilverlauf war günstig.

In der Literatur sind nur wenige derartige Fälle veröffentlicht; die Nähe der verengenden Lamina cribrosa schafft nach des Verf. Ansicht eine Prädisposition für derartige Erweiterungen der Vena saphena. Die Diagnose richtigzustellen, ist von großer Wichtigkeit, da sonst Taxisversuche schwere Blutungen hervorzurufen vermögen. Gewöhnlich geht vom oberen Pol einer derartigen Erweiterung der Vena saphena ein Stiel ab, welcher das letzte Ende der genannten Vene repräsentiert, außerdem fühlt man, daß der Sack in Verbindung mit einem thrombosierten Venenstrang steht. Diese beiden Wahrnehmungen sind wichtig für die Diagnose. *Herhold* (Hannover).

Key, Einar, Fall af operad emboli i arteria femoralis. (Ein Fall von operierter Embolie der Arteria fem.) (Verhandl. der Gesellsch. der Schwed. Ärzte), Hygiea **75**, S. 75—89. 1913. (Schwedisch.)

43jähriger Mann, der seit mehreren Jahren Symptome eines Herzleidens (Mitralis-Stenose) hatte, erkrankt plötzlich, nachdem er sich früher ganz gesund gefühlt, mit Bauchschmerzen, blutigem Durchfall und Erbrechen. Wegen Verdacht eines ev. perforierten Magengeschwürs Krankenhausaufnahme. Verf. diagnostizierte wahrscheinliche Embolie oder Thrombose der Mesenterialgefäße. Unter allgemeiner Behandlung wurde der Pat. besser. Nach 20 Tagen stellten sich plötzlich schwere Schmerzen in der linken Kniekehle ein und gleichzeitig Erkaltung und Gefühllosigkeit des Unterschenkels. Diagnose wurde auf Embolie der Arteria femoralis ev. der Arter. poplitea gestellt. 7 Stunden nach Eintritt der Symptome Operation. Es wurde erst ein Probeschnitt über den Fußrücken gemacht, um die Blutleere der Arterie mit Bestimmtheit festzustellen. Probeschnitt über die Arteria poplitea, welche indessen leer war. Schnitt in die Leiste mit Freilegung der Art. comm. sowie der Art. fem. profunda und superficialis. Von der Verästelung bis $2^1/_2$ cm aufwärts fühlte man in der Art. fem. comm. eine Resistenz, die sich nach Incision als eine Embolie erwies, welche die Arterie vollständig ausfüllte. Eine Höpfnersche Gefäßklemme war an der Art. comm. angebracht worden und auch eine an der Art. prof., dagegen keine an der Superficialis (der Verf. hatte nur 2 Klemmen), aus welcher deshalb nach Ausheben des Embolus eine lästige Blutung von Kollateralen durch die Art. pudenda ext. entstand. Aus den vorher gemachten Wunden, die noch nicht geblutet hatten, blutete es jetzt stark, sobald der Blutstrom freien Lauf hatte. Heilung mit Erhaltenbleiben der Extremität. Während der Nachpflege entstand eine vorübergehende Lähmung der Musculi Perinei und Thrombose der äußeren Wadenbeinvenen nebst Striktur der Wadenmuskeln aller Wahrscheinlichkeit nach von einer leichten ischämischen Contractur verursacht.

Dem Verf. nach gibt es in der Literatur nur 3 Fälle der Operation einer Embolie in peripheren Arterien (Doberauer, 1907, Arter. axillaris, Mißerfolg; Murphy 1909, Art. iliac., Mißerfolg; Mosny und Dumont 1909, Art. fem., Erfolg.) Man ist all-

gemein der Ansicht, daß Unterbrechung der Zirkulation in einer Extremität durch eine Esmarchbinde ohne bestehenden Schaden 2—3 Stunden dauern kann. Aus diesem Fall des Verf. ergibt sich, daß eine vollständige Verstopfung der Art. fem. durch eine Embolie 7 Stunden bestehen kann, ohne daß zur Amputation geschritten werden muß.

Giertz (Umeå, Schweden).

Duhot, E., R. Pierret et E. Verhaeghe, Un cas de polynévrite des membres inférieurs après grande hémorragie et élévation prolongée des membres. (Ein Fall von Polyneuritis der unteren Gliedmaßen nach starker Hämorrhagie und längerem Hochlagern der Glieder.) Arch. gén. de chirurg. 7, S. 138—147. 1913.

24jähr. Frau mit geplatzter Tubargravidität, äußerste Anämie, sofortige Operation, danach Autotransfusion durch Hochlagern aller Gliedmaßen 2 Tage hindurch. Am 7. Tage p. op. zugleich mit heftigen Schmerzen Auftreten eines scharf abgegrenzten Ödems an beiden Beinen von den Zehen bis zur Kniekehle, und vollständige Lähmung der Beine, so daß die Füße nicht von der Unterlage abgehoben werden konnten. Vollständig aufgehobene Sensibilität bis zur Kniekehle, der Patellarreflex war erloschen. $1^1/_2$ Monate p. op. waren die Beine noch immer gelähmt, die elektrische Prüfung ergab ausgedehnte Entartungsreaktion, außerdem bestanden trophische Störungen, vor allem an den Nägeln. Bei der Nachuntersuchung nach 4 Monaten war der Gang noch sehr ungeschickt, nur mit Unterstützung möglich, die trophischen Störungen waren noch deutlich vorhanden.

Es handelt sich also um eine ischämische periphere Polyneuritis; die Ischämie war schon vor der Operation durch den starken Blutverlust vorhanden, wurde außerdem aber noch verstärkt durch das protrahierte Hochlagern der Beine. Das Außergewöhnliche des Falles liegt in der segmentären Anordnung; dafür haben die Verff. keine befriedigende Erklärung. *Valentin* (Berlin).

Hayashi, K., und M. Matsuoka, Angeborene Mißbildungen kombiniert mit der kongenitalen Hüftverrenkung. (*Chirurg.-orthop. Univ.-Klin., Kioto, Japan.*) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. **31**, H. 3/4, S. 369—399. 1913.

Verff. beobachteten in den letzten Jahren 230 Fälle von angeborener Hüftverrenkung. Unter diesen fanden sie 25 Fälle von Kombination der angeborenen Hüftluxation mit anderen angeborenen Deformitäten, am häufigsten mit sekundären angeborenen Contracturen. Aus der Literatur stellen sie 140 Kombinationsfälle zusammen, so daß sich im ganzen 165 Fälle ergeben. Aus der umfassenden Statistik der Autoren geht hervor, daß der Klumpfuß am häufigsten in Kombination mit der Luxation erscheint, in zweiter Reihe kommt das Genu recurvatum vor; fernerhin findet sich die Spina bifida und der Schiefhals. Bei ihren eigenen Fällen waren die Contracturen sekundärer angeborener Natur, die nicht durch fehlerhafte Keimanlage des Embryo, sondern durch ein abnormes Wirken äußerer Kräfte hervorgerufen sind. Unter den 25 Fällen fanden sie nur viermal eine hereditäre Belastung hinsichtlich der Contracturen. Diese kamen am häufigsten in den Ober- und Unterextremitäten vor. Die Wirbel- und Kiefergelenke waren frei von Contracturen. Knochenmißbildungen, primäre Störungen des Nervensystems und fötale Knochenerkrankungen ließen sich nicht erkennen. Die Muskulatur zeigte ungenügende Entwicklung und die elektrische Untersuchung ergab normale Reaktion. In den sämtlichen Fällen der Verff. war die Stellung der Beine bei Hüftcontractur ganz eigentümlich, und zwar waren die Beine in den Hüften hyperextendiert und außenrotiert. Abduction und Flexion waren nicht möglich. Die Bewegungen des Hüftgelenks nach allen Richtungen ergaben einen starken Widerstand, wie eine Feder. Gleichzeitig zeigte das Knie Hyperextension und in einem Falle Genurecurvatum-Bildung. Ob die angeborene Hüftverrenkung eine zufällige Kombinationserkrankung mit Hüftcontractur, oder diese letztere die Ursache der Luxation ist, lassen die Autoren unentschieden. *Bibergeil* (Berlin).

Planten, Albertus Theodorus, De prognose der aangeboren ontwrichting van de heup. (Die Prognose der kongenitalen Luxation des Hüftgelenkes.) Dissertation. Utrecht 1913. XV, 66 S., 5 Taf. Amsterdam. Kruyt. (Holländisch.)

Verf. gibt zuerst einen Überblick der verschiedenen Theorien über die Art der

Entstehung der kongenitalen Luxation; er meint, die indirekte Ursache ist die Difformität des Acetabulums, die direkte Ursache ist eine mechanische. Das gesamte Material (334 Patienten mit 510 Luxationen) ist statistisch umgearbeitet. Die Fälle, wo die Reposition mißlungen war und Reluxation auftrat, sind genau beobachtet; Verf. hat einen Vergleich gemacht mit denjenigen Fällen, wo die Reposition sehr leicht war. Er hat nachgewiesen, daß die Verschiedenheit des Schenkelkopfes und Halses, der Antetorsion des letzteren, keinen Wert hat für die Prognose; auch hat die verschiedene Leichtigkeit der Einrenkung und die primäre Stabilität keinen wesentlichen Einfluß. Von Wichtigkeit sind Form des Daches der Pfanne und unverletzte Adduktoren. Wenn die Pfanne flach ist und sein Dach also gerade läuft, ist der Erfolg oft gering; Verf. gibt eine neue Methode, um mit Hilfe der Röntgenbilder den geraden Verlauf des Daches zu messen. Eine Verschiebung des Beckens bei der Aufnahme des Bildes ist von keiner Bedeutung. Die Reluxation ist ebenfalls häufiger, wenn man vor der Einrenkung die Adduktoren eingerissen hat. Die Therapie soll unblutig sein; nur ausnahmsweise ist Operation angewiesen. Im Alter bis zum 3. Jahre werden fast immer Dauerresultate erreicht; mit zunehmendem Alter wird die Prognose schlechter. Bei der Einrenkung sollen die Adduktoren langsam gedehnt, nicht eingerissen werden.

ten Horn (Amsterdam).

Vogel, Robert, Ruptur des M. rectus femoris. (*K. K. Krankenanst. Rudolf-Stiftg.*) Wien. med. Wochenschr. **63,** S. 827—829. 1913.

Verf. berichtet über einen Fall subcutaner Zerreißung des Kniestreckapparates bei einem 60jährigen Manne. Derselbe strauchelte mit dem rechten Bein, bemühte sich aufrecht zu erhalten, fiel aber rücklings ohne Schmerzempfindung zu Boden. Handbreit oberhalb des linken Knies sah man eine etwas vorspringende Geschwulst, während die Gegend knapp oberhalb der Kniescheibe deutlich eingesunken war, die erwähnte Geschwulst wurde bei Willenskontraktion hart, das Bein konnte nicht gestreckt erhoben werden. Bei der Operation fand sich ein Riß am Übergang der Quadricepssehne in den muskulären Teil mit schräger Trennungslinie. Auffallend war das gelbe Aussehen des Muskels und die scharfrandige, nichtgezackte Rißlinie in demselben. Das Operationsresultat war gut. Das Trauma kam zustande durch die plötzliche, fast unwillkürliche Abwehrbewegung, die die Leistungsfähigkeit des fettdurchwachsenen Muskels weit überstieg; erst dann erfolgte der Fall. *Mettin* (Berlin).

Wreden, R. R., Zur operativen Behandlung der Kniebeugecontracturen und Ankylosen. Zentralbl. f. chirurg. u. mechan. Orthop. **7,** S. 131—133. 1913.

Wreden ersetzte das nicht immer gefahrlose forcierte Redressement bei schweren Formen von Kniebeuge-Contrakturen und Ankylosen in 12 Fällen erfolgreich durch folgenden operativen Eingriff:

Ein in Form eines umgekehrten Y gesetzter Schnitt, dessen beide Enden den oberen Recessus umgreifen und bis zu den Seitenflächen der Femurkondylen vordringen, wird unter peinlichster Schonung der Gelenkkapsel bis zum Knochen geführt, der dreieckige Weichteillappen samt Gelenkkapsel vom Knochen bis zur Epiphysenfuge abpräpariert, in die Metaphyse mit einer Fräse ein bis zur Rückfläche des Knochens reichendes Loch gebohrt, darauf die Diaphyse dicht oberhalb des Loches aus ihrem Periostmantel zirkulär gelöst und mit Giglisäge durchtrennt; das luxierte Femurende mit Säge angespitzt und fest in das Loch eingelassen: mit dieser Maßnahme völlige Extension des Beines erreicht, ohne Spannung der Gefäße und Nerven in der Kniekehle. Eine Dislokation des Femurendes sei bei solcher Einkeilung völlig ausgeschlossen, eine Verkürzung des Beines selten über 2 cm. Das weitere Wachstum des Femur infolge Schonung des Epiphysenknorpels ungestört, die Epiphysenfuge stellte sich allmählich wieder senkrecht zur Femurachse. Das Bein bleibt nach Operation 4 Wochen lang im Gipsverbande fixiert. Bei diesem operativen Verfahren wird das mit Tuberkulose behaftet gewesene Gewebe nicht angegriffen und zurückgebliebene Beweglichkeit im Kniegelenk erhalten.

Kroh (Köln).

Schultze, Ferdinand, Die Behandlung der Patellarfraktur, eine neue Methode zur Rekonstruktion des Streckapparates. Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. **31,** H. 3/4, S. 567—590. 1913.

Eine Diastase der Patellarfragmente kann nur entstehen bei gleichzeitiger Zerreißung des Reserve-Streckapparates in der Höhe der Patellarfraktur. Zur Beseitigung der Diastase muß also in erster Linie der Muskelapparat wieder in

seiner Kontinuität hergestellt werden. Das geschieht durch die „Klemmtechnik".

Die Bruchstücke werden mit einer Muzeux gefaßt und so gegeneinander gepreßt, daß die normalerweise dem Femur zugekehrten Patellarflächen fast gegeneinander zu liegen kommen. Mit zwei anderen Muzeuxzangen wird die Muskulatur (medial und lateral der Patella) gerafft und in Überspannung mit Catgut vernäht. Dadurch wird eine Adaptierung der Patellarfragmente ermöglicht, die nach Abnahme der Klemmzange in ihren normalen Situs zurückgebracht und durch eine parostale Naht gesichert werden — dadurch wird Pressung der Bruchstücke in der Bruchlinie und knöcherne Verheilung derselben erzielt. Hautnaht mit Drainage für 24 Stunden. Am 10. Tage Entfernung der Hautnähte. Am 12.—15. Tage Beginn der mediko-mechanischen Behandlung, welche bessere Resultate zeitigt als die Massage. Bei Refraktur sowie bei veralteten Fällen Excision der bindegewebigen Narbe sowie unter Umständen weitgehende Resektion der Fragmente. Auch dabei ist die Überspannung und Naht der contractilen Elemente von größter Bedeutung.

In 9 Fällen erzielte Schultze mit seiner Methode gute Resultate. Von den Unfallversicherten darunter bezieht nur einer eine 30proz. Rente. Die übrigen sind nach 1 Jahr Übergangsrente rentenfrei. Der älteste Patient (62 Jahre) verließ nach 28 Tagen das Hospital und erreichte volle Funktion. *Wittek* (Graz).

Vulpius, Oskar, Knochenplastik bei Pseudarthrose der Tibia. (*Vulpius'sche orthop.-chirurg. Klin., Heidelberg.*) Zentralbl. f. chirurg. u. mechan. Orthop. **7**, S. 129 bis 131. 1913.

Bei Behandlung der Tibiapseudarthrose bewährte sich — selbst in verzweifelten Fällen — fast ausnahmslos die Überbrückung der beiden Fragmente durch eine gestielte Periostknochenlamelle.

Technik: Auf dem proximalen Fragmente wird ein, der Längsachse ungefähr parallel gerichteter, dicht oberhalb der Bruchfläche nach oben hakenförmig umbiegender Periostlappen umschnitten, derselbe dann im Zusammenhange mit einer kräftigen Corticalisschicht mittels Meißel abgehoben, im Bereiche der Umbiegungsstelle umgeklappt. Der Aufnahme dieses Periostknochendeckels dient ein, in folgender Weise in das periphere Fragment eingegrabenes Lager: es werden 2 Periostlappen gebildet, der größere schräg gerichtete, wird lateralwärts, der andere nach unten an denselben anschließend, fußwärts zurückgeklappt; in den dadurch freigelegten Knochen darauf eine bis zur Bruchlinie reichende, der Größe des Implantats entsprechende Rinne gemeißelt; auch das proximale Frakturende wird von seiner Bruchlinie bis zur Lappenbasis rinnenförmig vertieft, der Periostknochendeckel in das so geschaffene Bett versenkt, über demselben werden die beiden Periostlappen des peripheren Fragmentes fixiert; mehrwöchige Ruhigstellung des Knochens im Gipsverbande. (Im Röntgenbilde konnte Vulpius die Verschmelzung des Lappens mit seinem Bett und das zunehmende Wachstum desselben deutlich nachweisen.) *Kroh* (Köln).

Destot, E., La troisième malléole. Fracture marginale postérieure. (Der 3. Malleolus; Hinterrandfraktur.) Lyon chirurg. **9**, S. 256—274 u. 391—414. 1913.

Autor widmet der schon lange bekannten, aber noch nicht genügend gewürdigten Fraktur des hinteren Randes der distalen Tibiagelenkfläche (Malleolus tertius) eine sehr ausführliche Besprechung auf Grund eines selbstbeobachteten Materials von 172 Fällen. Die Wichtigkeit dieses Knochenabschnittes erhellt daraus, daß er die Hemmung für die Luxationsbewegung des Fußes nach rückwärts abgibt. Genaue Besprechung der Anatomie und der röntgenologischen Aufnahmetechnik, sowie der pathologischen Verhältnisse bei der Diastase, der Schrägfraktur des äußeren Knöchels, der Fraktur der vorderen und dann jener der hinteren Tibiakante. Das Charakteristikum der letztgenannten Fraktur (des Malleolus tertius) ist die Luxationsstellung des Fußes nach hinten. Genaue Besprechung der verschiedenen Variationen dieser Verletzungsart. Betonung der Wichtigkeit der vollständigen Erhaltung, gegebenenfalls der sorgfältigen Wiederherstellung der tibialen Gelenkfläche. Winke für die Therapie in frischen und veralteten Fällen unter Bezugnahme auf eigene Erfahrungen. Von den 3 Malleolen des Fußes (innerer, äußerer und hinterer) ist der letztgenannte der wichtigste, weil er die Funktion der Tragfähigkeit repräsentiert. *v. Saar* (Innsbruck).

Zentralblatt für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete

Band I, Heft 17 S. 849—953

Autorenregister.

Aagaard, Otto C. (Lymphgefäße) 423.
Aaron, Charles D. (Chronische Appendicitis) 270.
Abadie, J. (Tuberkulöse Darmperforation) 365.
— — (Frakturbehandlung) 132.
Abbe, Robert (Zungenerkrankung) 682.
Abel (Krebsbehandlung) 285.
Abercrombie, Rodolph (Muskellähmungen) 201.
Abrikossoff, A. J. (Parenchymembolien) 490.
Abrikossow, A. (Wassermannsche Reaktion) 783.
Ach (Oesophaguschirurgie) 744.
— Rectopexie) 701.
— Alwin (Oesophagus-Chirurgie) 433.
Adam, Fr. (Echinococcus) 54.
Adams, Joseph E. (Peritonealadhäsionen) 588.
Adamson, H. G. (Sporotrichosis) 239, 323.
Adler (Gallenblasenchirurgie) 601.
— Hans (Eusemin-Lokalanästhesie) 243.
Adloff, P. (Lokalanästhesie) 142.
Ahlfeld, F. (Handschuhverletzungen) 246.
Aievoli, Eriberto (Unfallsfolgen) 661.
Aikman, John (Bauchfall) 530.
Aimes, A. (Heliotherapie) 500.
— — s. Etienne 150, 171, 360, 396, 546, 693.
Aizner (Ptosisoperation) 179.
Akerman, J. (Traumatische Geschwulstbildung) 783.
Alamartine, H. s. Cotte, G. 493.
Albanus (Schleimhautlupus) 321.
Albee, Fred H. (Spondylitisbehandlung) 799.
Aldous, George F. (Appendixchirurgie) 366.
Alessandri, Roberto, ed Angelo Chiavaro (Unterkieferresektion) 339.
Alexander, Béla (Wanderniere-Röntgenologie) 160.
— W. (Trigeminusneuralgie) 791.
— — und E. Unger (Gesichtsneuralgien) 98.
Alglave et Papin (Nierenbeckenerweiterung) 608.
Allard, Ed. (Ulcus duodeni) 695.
Allen, Alfred Reginald s. Sweet, Joshua Edwin 795.
— Lewis W. (Osteomyelitis) 667.
Allison, Nathaniel (Spastische Lähmungen) 843.
d'Almeida, Jayme (Hochfrequenzströme) 97.
Alvarez, C. (Lungentuberkulose) 351.
Ambrose, Theodore (Anämia splenica) 762.
Amelung (Magenmyosarkom) 590.
Ammann, E. (Linsenverletzung) 293.
Andersen, Kristen (Lokale Tuberkulinreaktionen) 493.
Andrassy (Pyloruscarcinom) 40.
Andree, Hans (Hirnhauttumor) 420.
Andres, V. de (Händesterilisation) 246.
André-Thomas (Ischämische Lähmung) 710.
Angerer, O. v. (Harnröhrendefektersatz) 834.
Anglada, Jean (Cystenniere) 378.
Angus, H. Brunton s. Hall, George 565.
Anitschkow, N. (Herzmuskeluntersuchungen) 437.
Antoniu, J. (Schlachtfeldantisepsis) 175.
Anzoletti, Augusto (Pes valgus) 48.
Aperlo, Giovanni (Händedesinfektion) 414.
Apolant, H. (Aktive Geschwulstimmunität) 670.
Appleton, A. B. (Talusanatomie) 136.
Arcangeli, Adolfo (Postoperative Magendilatation) 817.
Arcelin s. Balvay 107.
— et Rafin (Pyelotomie) 126.
Arfanis, E. (Sacrokoccygealtumor) 533.
Armand-Delille, P. F. (Heliotherapie) 238.
Armbruster, G. (Leukoplakia) 341.
Arnaud, L. (Appendicostomie) 700.
— — s. Delore, X. 817.
Arnd, C. (Tetanus) 236.
— — (Zugverbände) 21.
Arnoldson, Nils (Kehlkopftuberkulose) 30.
Arnsperger (Pankreatitis) 761.
Aron, E. (Pneumothorax-Therapie) 353.
Arrivat, M. s. Roziés, H. 316.
Artamonow, A. (Meningitis) 792.
Asch (Sepsis) 92.
Aschoff, Krönig u. Gauss (Krebsröntgenbehandlung) 325.
— L. (Appendicopathia) 270.
Asman, Bernard (Ano-rectale Operationswunden) 759.
Assmy und Kyritz (Vincentsche Symbiose) 636.
Astruc (Myotomie) 568.
Atkey, Oliver (Tetanus) 283.
Atkinson, J. Lee (Frühoperation) 518.
Aubaret (Tetanus) 738.
Aubourg s. Auclair 255.
— P. s. Lebon 461.
Auclair, Weissenbach et Aubourg (Spondylitis typhosa) 255.
Auer, Edward Murray (Malum Pottii) 572.
Auerbach, Siegmund (Gehirnchirurgie) 335.
D'Auria, Vincenzo (Pleuritis) 183.
Austin, J. Harold s. Pepper, O. H. Perry 375.
Auvray (Blasentumor) 477.
d'Avack, Alfredo (Meltzersche Insufflationsnarkose) 289.
Aviragnet et Hallé (Arthussches Phänomen) 139.
Axhausen (Arthritis deformans) 91, 542.
— (Schleimhautüberpflanzung) 714.

Babcock, W. Wayne (Geschwulstmetastasen) 141.
Babitzki, P. (Hirntumoren) 565.
— — (Ischiadicus-Anästhesie) 289, 640.
— — (Plexus brachialis Anästhesierung) 559.
Baemeister (Tuberkelbacillen im Blut) 398.
Badgerow, George W. (Kongenitale Larynxmembran) 508.
Baer, Gustav (Kavernenchirurgie) 184.
Baetzner (Schicksal der Nephrektomierten) 766.
Bagozzi, Gerolamo (Subphrenischer Absceß) 357.

Bailey, Francis W. (Ätherdarreichung) 245.
Bailleul s. Kirmisson 488.
Bainbridge, William Seaman (Spinal-Analgesie) 559.
Baisch, B. (Plattfußuntersuchungen) 87.
— — (Vorderarmknochensynostose) 47.
Balvay and Arcelin (Pneumothorax) 107.
Balzer, F., et Belloir (Elefanthiasis) 483.
— — — (Hemispora) 400.
— — — et Tarneaud (Mal perforant) 570.
Bang, Sophus (Pneumothorax) 688.
Banister, J. Bright (Ileus) 360.
Bankart, A. S. Blundell (Halsrippenexstirpation) 801.
— — — — (Klumpfußbehandlung) 200.
Bar, L. (Schußverletzung) 60.
Baradulin, G. J. (Blasenruptur) 475.
Bárány, Robert (Kleinhirnlokalisation) 736.
Barjon et Rey (Sanduhrmagen) 155.
Barker, Arthur E. (Bauchdrainage) 185.
Barling, Gilbert (Röntgenuntersuchung) 178.
— H. Gilbert (Pylorusstenose) 186.
Barney, J. Dellinger (Nierentumoren) 610.
Barraquer, J. A. (Elliotsche Operation) 568.
Barratt, J. O. Wakelin (Krebsimmunität) 404.
Barret s. Variot, G. 582.
Barrie, George (Osteomyelitis) 319.
Barthélemy, M. s. Gross, Georges 144.
Bartlett, Willard (Appendixoperation) 119.
— — (Gastroenterostomie) 595.
— — (Lanesche Knochenplatten) 242.
— — (Murphyknopf) 75.
Baruch, D. (Lokalanästhesie) 639.
Basch, Karl (Thymuspathologie) 33.
Bashford, E. F. (Krebsproblem) 9.
Bassat et Uleau (Blasenresorption) 275.
Bassler, Anthony (Oesophagusfälle) 580.
Bastianelli, Raffaele (Pyelotomie) 526.
Batavyal, K. L. (Duodenumfremdkörper) 757.
Battez, G., et L. Boulet (Prostataextraktwirkung) 81.
Battye, W. Rothney (Spinalanalgesie) 559.
Baudet, Pierre (Campheröl) 314.
Baudouin, A. s. Claude, H. 643.
— — s. Marfan, A. B. 267.
Bauer, Albert (Schiefhals) 28.
— H. F. (Gynäkologie) 383.
Baumoel, S. (Morbus Basedowii) 430.
Bayet (Naevi vasculosi) 550.
Bazy (Nephrektomiertenschicksal) 611.
— (Radiumbehandlung) 97.
— Louis (Nierentuberkulose) 610.
— — (Uretersonden) 332.
Beach, S. J. (Äthernarkose-Apparat) 331.
Beall, F. C. (Nierenruptur) 161.
Bean, J. W. B. (Narkosenkörperhaltung) 244.
Beatty, Wallace (Krustenscabies) 323.
Beaujeu, Jaubert de s. Thévenot, L. 834.
Beck, v. (Dickdarmausschaltung) 825.
Becker (Rückenmarkschirurgie) 742.
— G. (Milzbrand) 282.
— Ph. Ferdinand (X-Erythem) 416.
— Wilhelm (Elektrotherapeutische Behandlung) 56.
— — (Orthopädie) 839.
— — (Skoliose) 341.
Béclère et Mériel (Magenröntgenologie) 119.
— Henri (Duodenalstenose) 750.
— — s. Gellé 223.
Bedeschi, Primo (Rückenmarksanästhesie) 411.
Bedford, P. W. (Lupus nasi Behandlung) 680.
Beer, Edwin (Rückenmarkschirurgie) 216.
Behrend (Nervenlähmung) 198.
Behrenroth, E. (Lungenechinokokkus) 35.
Belaustegui, E. F. (Appendicitis) 270.
Belfield, William T. (Samenleiter) 616.
Belin, Marcel (Anaphylaxie) 667.
Bellocq-Irague (Arterielle Extremitätenhaut) 628.
Belloir s. Balzer, F. 400, 483, 570.
Benech, J. s. Spillmann, L. 614.
Bennecke, H. (Perniziöse Anämie) 201.
Bensaude, R., et E. Emery (Thoraxsyphilom) 350.
Berard, Léon (Schädelverletzungen) 417.
Berard, Léon, et Paul Vignard (Subseröse Appendektomie) 822.
— — — — (Appendixdivertikel) 822.
Berg, A. A. (Gastroenterostomie) 651.
Bergasse (Schlagaderschußverletzungen) 15.
Bergmann, G. v. (Pylorusfunktion) 454.
— — — (Ulcus duodeni) 752.
— — — (Ulcus pepticum) 116.
Bergonié, J. (Diathermie) 562.
— — (Elektrischer Stromunfall) 405.
Bériel, L. (Sehhügelerkrankung) 211.
— — et Ch. Gardère (Perigastritiden) 649.
Berlstein, J., und Nowicki (Acusticustumoren) 735.
Bernard (Pleurasarkome) 35.
— Léon (Pneumothorax) 511.
Berner, O. (Cystennieren) 378.
Bernhard, Oskar (Sportverletzungen) 358.
— — (Wintersportverletzungen) 497.
Bernhardt, Georg, und Otto Ornstein (Mikroorganismenvariabilität) 7.
— M. (Elektrischer Unfall) 243.
— — (Hämatomyelia) 215.
— — (N. radialis Verletzungen) 532.
Bernheim, Bertram M. (Arteriovenöse Anastomose) 482.
— — — s. Whipple, G. H. 819.
Bernstein, Paul (Hernien) 448.
— Siegmund (Hypophysengangtumor) 501.
Berry, Dickinson (Anaesthetica) 245.
— James (Morbus Basedowii) 296.
— — (Schilddrüsenchirurgie) 429, 577.
— John McWilliams (Gelenkentzündungen) 90.
Bertelsmann (Appendektomie) 822.
— (Appendicitis) 822.
— (Nabelbrüche) 153.
Bertin-Mourot s. Dufour, Henri 400.
Bertolotti, Mario, et Luigi Ferria (Blasentumorenbehandlung) 528.
Bertran y Castillo, Fernando (Dysphagiebehandlung) 428.
Betke (Bifurkationslymphdrüsen) 107.
Bettmann (Fahrbarer Gipstisch) 791.
— (Lupusbehandlung) 782.

Beuttner, Oskar (Adnexoperation) 384.
Bevacqua, Alfredo (Pseudoelephantiasis) 484.
Beyer (Uterusruptur) 83.
Bhagwât, S. R. (Pleuraruptur) 350.
Bjalo, D. (Nasenhöhlencyste)502.
Bjalokur, F. (Wurmfortsatzpalpation) 302.
Biatokur, Fr. (Wurmfortsatztastbarkeit) 366.
Bichat et Job (Mastdarmpfählungsverletzung) 464.
Bien, Gertrud (Ileus) 811.
Bier (Gelenktuberkulose) 625.
— (Ulcus duodeni) 756.
Biggs, George N. (Speiseröhrenfremdkörper) 434.
Bilhaut, M. (Mechanische Ligatur) 726.
Binda, P. (Tumoren der Pap. duodenalis) 827.
Bindi, Ferruccio (Seltene Verletzungen) 391.
Binet, Desbouis et J.-P. Langlois (Lungenblutzirkulation) 434.
— E. (Gallenstein- und Darmsteinerkrankung) 521.
— L. s. Rathery, F. 171.
Bing, Robert (Basedowsche Krankheit) 509.
Binney, Horace (Blasenpapillome) 833.
Bircher, Eugen (Kropfätiologie) 30.
Bisgaard, Axel (Cerebrospinalflüssigkeit) 255.
Bitot, Emile, et Pierre Mauriac (Magenarteriosklerose) 365.
Black, Kenneth (Gastrojejunostomie) 459.
Blain, Alexander W. (Kropfoperation) 804.
Blair, John (Spinalanästhesie) 244.
Blatteis, S. R., and Max Lederer (Cerebrospinalflüssigkeit) 645.
Blauel s. Reich, A. 803.
— und A. Reich (Kropferzeugung) 428.
Blecher und Martius (Blasentumor) 613.
Bleek, Th. (Extraduralanästhesie) 19.
Bleiweis, Démeter R. v. (Zahnwurzelresektion) 339.
Blencke, August (Tabische Arthropathien) 621.
Bley (Gipshebelmesser) 677.
Bloch, J. Charles s. Guimbellot 589.
Bloodgood, Joseph C. (Riesenzellensarkombehandlung) 94.
— — — (Shock) 313.
Blühdorn, Kurt (Blutungen) 6.
Boas, L. (Magendarmblutungen) 220.
Boeckel, André (Sehnenscheidensarkom) 200.
— Jules (Appendicitisseltenheit) 155.
Böcker, W. (Arthrodese) 535.
Boehm, C. (Herzstichverletzungen) 438.
Böhm, Max (Gelenktuberkulose) 204.
Boehme, Gustav F. (Appendicitis) 821.
Boeke, J. (Nervenfasernregeneration) 777.
Bökelmann, (Spinalnarkose) 498.
Bogert, Frank van der (Tetanus) 236.
Boggs, Russell H. (Bösartige Geschwülste) 325.
Bogoras (Lebercirrhosenbehandlung) 226.
— N. (Ellenbogengelenksplastik) 279.
— N. A. (Extremitätenresektion) 199.
Boit, (Pleuraresorption) 511.
— (Ulcus duodeni) 757.
Boks, D. B. (Extremitätenödem) 628.
Bolaffi, Aldo (Blasencarcinome) 477.
Boljarsky (Leberverletzungen) 702.
Bollag, Karl (Darmverschluß) 586.
Bolognesi, Giuseppe (Gelenkneubildung) 481.
Bolten, G. C. (Epilepsie) 335.
Boltenstern, O. von (Pantopon) 639.
Bonamy et Dartigues (Plastik) 230.
Bond, Charles J. (Infektionswege) 634.
— E. D., and A. H. Peabody (Gehirngeschwulst) 180.
Bonhoeffer, K. (Hirntumoren) 101.
Bonifield, Charles L. (Dickdarmstase) 759.
Bonin, Gerhardt v. (Dyspituitarismus) 101.
Bonsdorff, Hj. v. (Magencarcinom) 223.
Bonzoms, J. s. Escat, E. 643.
Boothby, Walter M. s. Cotton, Frederic J. 17.
Borchard (Sinus pericranii) 735.
Borchardt, M. (Gangrän) 316.
Borchers, Eduard s. Katsch, Gerhardt 114.
Bordas, F. (Kryotherapie) 55.
Bornstein, Max (Embolie der Arteria mesenterica) 515.
Bosanquet, W. Cecil (Speiseröhrenerkrankungen) 35.
Bouchacourt, L. (Röntgenröhre) 208.
Boulet, L. s. Battez, G. 81.
Boulud s. Lépine, R. 606.
Bouquet, H. (Orbitaltumor) 24.
— Henri (Krebsfrage) 717.
Bourgeois, Henri (Kehlkopfkrebs) 804.
— — (Larynxpapillome) 344.
Bourguet, J. (Ductus thoracicus) 578.
— M. (Gallenwegetopographie) 759.
Bourne, Aleck W. (Peptisches Geschwür) 300.
Bourrut-Lacouture s. Regnault, Jules 533.
Bouttier, Henri s. Queyrat, Louis 104.
Bovier s. Chalier, A. 803.
— L. s. Favre, M. 800.
Bowen, Charles F. s. Crotti, Andre 258.
Bowers, L. G. (Mammaamputationen) 349.
Boyd, Sidney (Lebercysten) 760.
Bozzotti, Luigi (Thoracotomie) 151.
Braasch, W. F. (Nierentumoren) 121.
— William F. s. Draper, John William 123.
Braekel, A. v. (Chloroformnarkosenfolge) 286.
Bradford, E. H. (Coxitis) 534.
Bradley, Burton (Symbiose) 635.
Brandeis, R. (Harnsedimentuntersuchung) 380.
Brandes (Knochenatrophie) 715.
— Max (Femurfrakturen) 167.
Brass, Hans (Knochenmarksendothelien) 393.
Brault, J. (Penisphlegmone) 382.
— — (Pseudomykosen) 52.
Braun, H. (Lokalanästhesie) 12.
Braun, W. (Diphtherieprophylaxe) 234.
Braunberger, Marcel, (Oxyformolimprägnation) 560.
Brau-Tapie (Oberarmfraktur) 387.
— — J. (Zahncyste) 254.
Breitner, B. (Kropfuntersuchungen) 576.
Brelet, M. (Lumbalpunktion) 741.
Bremener, M. (Sporotrichose) 783.
Brennecke, H. A. (Meckelsches Divertikel) 443.
Brennemann, Joseph (Oesophagusatresie) 432.
Breslauer, F. s. Keppler, W. 16.
Breus, C. (Pfannenbodenprotrusion) 389.
Breyre, C. (Warzenfortsatzcyste) 503.
Brickner, Samuel M. (Urininkontinenz) 612.

Brickner, Walter M. (Prostatachirurgie) 836.
Bride, T. Milnes (Epilepsieätiologie) 60.
Broca et Philbert (Osteomyelitisröntgenaufnahmen) 791.
— A. (Humerusfrakturbehandlung) 483.
— Auguste (Schädelnähte) 248.
Brock, Arthur J. (Tumorbildung) 401.
Brocq, Pautrier et May (Mykotische Geschwürsbildung) 536.
— et Pomaret (Leprabehandlung) 398.
— L., et L.-M. Pautrier (Angiolupoid) 173.
Bromberg, R. (Nierenfunktionsprüfung) 122.
Bronfenbrenner, J. s. Manwaring, Wilfred H. 810.
Brongersma, H. (Pyelitisbehandlung) 525.
Brooks, Harlow (Eierstockentzündung) 530.
Brosch, A. (Dickdarmstenosen) 190.
Brown, James Spencer (Tuberkulöse Nackendrüsen) 67.
Bruck, Carl, und A. Glück (Aurum-Kalium cyanatum) 139.
Bruegel, Carl (Magenbewegungsvorgänge) 115, 591.
Brüggemann, Alfred (Tumoren-Serumdiagnose) 239.
Brüning, F. (Archiv) 393.
Brugère, Adrien (Sehnenscheidentuberkulose) 140.
Brun, Hans (Rippenkorbrandschnitt) 456.
Brunn, v. (Peristaltin) 691.
Bruns, Paul v. (Kehlkopfneubildungen) 508.
Bryan, R. C. (Blasendivertikel) 380.
Bucklin, Charles Aubrey (Urethrotomie) 195.
Bucky, G., und Ernst R. W. Frank (Blasenoperationen) 381.
Buerger, Leo (Blasengeschwüre) 476.
— — (Nierentuberkulosediagnostik) 472.
Bumm, E. (Gebärmutterkrebsoperation) 164.
Bunde, G. (Halsfistel) 575.
Burckhardt (Brusthöhleninfektion) 746.
Burkhardt, L. (Coecum mobile) 824.
Burmeister, R. (Bolus alba) 144.
Burnet, Et. (Streptothrix) 669.
Burnham, Athel C. (Thrombophlebitis) 314.
Burnier, R. (Kältekauterisation) 677.
Buschan, G. (Schilddrüsenbehandlung) 346.
Butzengeiger (Tuberkulosenbehandlung) 93.
Bychowski, Z. (Subdurales Hämatom) 251.
— — (Benediktsches Syndrom) 292.
Bychowsky, Chawa (Ellbogenankylose) 844.

Caan, Albert (Tumorenbehandlung) 11.
Cabot, Hugh (Hydronephrose) 764.
— Richard C. (Lymphocytose) 667.
Cade, A., und R. Leriche (Gastrische Krisen) 181.
Cadenat, F. M. (Kriegschirurgie) 177.
Caelin, F. (Nierentuberkulose) 610.
Cafiero, Carmelo (Magenfunktion) 362.
Caforio, Luigi (Verbrennungen) 671.
Caillaud, E. (Narkoseapparat) 289.
— — (Rectalinfusionen) 396.
Calatayud, C., et L. Estopina (Bursitis subdeltoidea) 843.
— Costa, C. (Uterusmyome) 277.
Caldera, Ciro (Luftröhrenchirurgie) 682.
— — (Ozaenatherapie) 64.
Calmette, A., et C. Guérin (Tuberkulöse Infektion) 7.
Calot, F. (Hauttransplantationen) 396.
— — et J. Privat (Abbots Methode) 798.
Calve, Jacques, et L. Lamy (Methode Abbott) 342.
Caminiti, Carmelo A. (Endotheliom) 569.
Candela, M. (Intravenöse Medikation) 315.
Canestro, Corrado (Nasenflügelknorpelplastik) 24.
Cánovas, Navarro (Fremdkörperbestimmung) 676.
Capelle (Thymektomie) 686.
Caponetto, Gaetano (Blutstillung) 583.
Carini, A. (Kretinismusätiologie) 805.
Carl (Hochfrequenz) 727.
— Walter (Kaltblütertumorbildungen) 552.
De Carli, Deodato (Halsabscesse) 67.
Carlson, A. J. (Magenphysiologie) 516.
— Barthold (Jejunumkrebs) 698.
Carmichael, E. Scott (Bicepssarkom) 84.
Carnot (Blutungen) 315.
— P., et J. Dumont (Ileocöcalklappenkrebs) 188.
Carr, J. Walter (Hirschsprungsche Krankheit) 701.
Carrière (Spina bifida) 574.
Carsnizky (Paraffingeschwulst) 218.
Carter, William Wesley (Rhinoplastik) 569.
Cartolari, Enrico (Seitliche Bauchhernien) 692.
Carwardine, T. (Colitis) 599.
Casanovas, de P. F. (Schilddrüsenapparatfunktion) 645.
Caspar, L. (Harnblasenausschaltung) 527.
Caspari (Wanderniere) 228.
Cassanello, Rinaldo (Blasen-Leistenhernie) 222.
Cassard s. Rousseau, Fernand 224.
Castaigne (Krebsbehandlung) 786.
— (Nierentuberkulose) 472.
Castellani, Aldo (Nasen-Rachen-Leishmaniosis) 502.
Castex, Mariano R. s. Merzbacher, L. 801.
Castillo, Fernando s. Bertram 428.
Castorina, R. (Gonorrhöische Cystitis) 833.
Cates, Benjamin Brabson (Gaumenspaltenoperationen) 499.
— — — (Tic douloureux) 564.
Cathelin, F. (Nierenverletzungen) 194.
Catz, A. (Retrograde Invagination) 597.
Caussade, Louis s. Fairise, C. 818.
Ceccherelli, Giuseppe (Polydactylie) 388.
Cestan, R., et Pujol (Chylurie) 706.
Chace, Arthur F. (Ulcus ventriculi) 591.
Chachlow (Neubildungen) 240.
Chaikis, S. J. (Myositis) 404.
Chalier, A. s. Garin, Ch. 653.
— — et Bovier (Luftröhrendurchschneidung) 803.
— André (Dysphagia) 29.
— — (Sympathicuschirurgie) 430.
— — et A. Maurin (Gelenktuberkulose) 140.
— — et J. Murard (Ureterentopographie) 80.
— — et Emile Perrin (Rectumcarcinomoperation) 599.
Chamayou (Coecaltumor) 272.
Chamberlain, N. H. (Transfusion) 201.
Champel s. Gayet, G. 614.
Championnière, Lucas (Geschwulstradiumtherapie) 95.

Chandler (Säuglingsempyem) 110.
Chaput (Fetttransplantation) 311.
— (Fußgelenksfrakturen) 535.
— (Neue Fußgelenksresektionsmethode) 392.
— (Nabelhernienoperation) 186.
— (Novocainlumbalanästhesie) 287.
— M. (Patellarfrakturen) 168.
Charbonnel, M. (Extremitäten-Ankylosen) 309.
— — et A. Parcelier (Pseudarthrosen) 278.
Chardom, Joseph (Rectumtuberkulose) 371.
Charrier s. Rocher, H. L. 486.
— André (Lungenechinokokkus) 808.
Chartier (Blinddarmentzündung) 156.
Chase, Richard F. (Gastroptose) 516.
Chateau et Ponroy (Kiefergelenksankylose) 570.
Chaton (Panaritiumbehandlung) 711.
Chauffard, A. (Dysenterischer Leberabsceß) 372, 464.
Chauvin e Deconomos (Narkosenfolgen) 286.
— E., et Sp. N. Oeconomos (Operiertenernährung) 491.
Chavannaz et Lefèvre (Wangenplastik) 292.
Cheney, William Fitch (Choledochusstein) 120.
Chetwood, Charles H. (Blasenhalskontraktur) 306.
Chevrier (Dünndarmperforation) 365.
Chiari, H. (Chondrodystrophia) 202.
— O. M. (Fascientransplantation) 316.
Chiavaro, Angelo s. Alessandri, Roberto 339.
Chifoliau s. Galliard 374.
Chiray, M., et Mathilde Michelowsky (Hydrarthrose) 86.
Chlumský, V. (Bruchband) 361.
— — (Hammerzehe) 488.
— — (Hüftgelenkluxationen) 390.
— — (Kopfsuspension) 332.
— — (Tumorenbehandlung) 496.
Cholmeley, W. F. (Pankreascyste) 467.
Chompret et Izard (Mal perforant) 570.
Christian, Eugène (Blasenstein-Spontanzertrümmerung) 476.
Chrustaljew (Morbus Basedowi) 217.
Chuiton (Frostbeulen) 397.
Chute, Arthur L. (Blasentumoren) 613.
Ciaccio, C. (Samenstrangtumor) 478.
Cicero, R. E. (Madurafuß) 536.
Cipolla, Michelangelo (Orientbeule) 323.
Ciuffini, Publio (Scheitellappentumor) 336.
Clairmont (Schädelschüsse) 722.
— P. s. Frisch, O. v. 329.
Clarke, Colin (Hautsterilisation) 790.
— J. Michell (Sepsis) 545.
— K. B. s. Woodward, H. M. M. 172.
Claude, H., A. Baudouin et R. Porak (Hypophysäre Glykosurie) 643.
Clement, F. (Ohrblutungen) 26.
Clément, Léon (Properitoneale Hernie) 516.
Clermont (Unterschenkelfrakturen) 391.
— D. (Carcinom der Papilla Vateri) 654.
Coburn, Raymond C. (Narkosedämpfe) 638.
Coenen (Ideale Aneurysmaoperation) 723.
— (Kriegschirurgische Erfahrungen) 720.
— (Kriegsverletzungen) 672.
Cohen, Ch. (Blutkultur) 543.
Cohn, Max (Wurmfortsatz) 598, 699.
— Theodor, und Hans Reiter (Bacterium coli Harneiterungen) 525.
Cohnheim, P. (Pankreaserkrankungen) 603.
Cole, Clarence L. (Typhusgeschwürperforation) 459.
— F. Hobill s. Milligan, E.T.C. 264.
— Percival, P. (Rectumcarcinom) 462.
Collins, Arthur N. (Incarcerierte Hernien) 451.
— Sir William (Orbitalgeschwülste) 338.
Colmers (Kriegschirurgie) 177.
— (Schädelschüsse) 722.
— (Spitzgeschoß) 672.
Comandon, J., C. Levaditi et S. Mutermilch (Gewebskulturen) 393.
Comite, Francesco Lombardi (Magensyphilis) 459.
Compan, V. (Antimeningokokkenserum) 482.
Connell, Karl (Ätherverdampfer) 676.
Cooley, E. B. (Duodenalgeschwür) 820.
Cooper, E. A. (Phenol, Metacresol) 640.
Cooper, Evelyn Ashley (Phenol) 640.
Cope, V. Zachary (Bauchverletzungen) 648.
Copeland, Gordon G. (Pinzette) 145.
Cordes, Franziska (Hirntumor) 335.
Corin, G. (Hirnblutungen) 564.
Corner, Edred M. (Appendixfunktion) 270.
— — — (Magengeschwürsperforation) 455, 695.
Coronat (Elephantiasis) 293.
Corper, Harry J., Lydia M. de Witt and H. Gideon Wells (Impftuberkulosen) 716.
Corsy, F. (Trigeminusneuralgie) 333.
De Cortes, Antonio (Orchitis) 81.
Costa, A. Celestino da (Nebennierenhistophysiologie) 469.
Costantini, G. (Tuberkelbacillen) 92.
Cotte, G. (Nierenkontusion) 152.
— — et H. Alamartine (Entzündliche Tuberkulose) 493.
Cotterill, J. M., and George Mackay (Orbitalhämatom) 338.
Cotton, Frederic J., and Walter M. Boothby (Insufflation) 17.
— William (Episkop) 247.
Coudray, G. s. Horand, R. 485.
Coues, Wm. Pearce (Mittelfußknochenbruch) 232.
— — — (Syphilis) 140, 717.
Courmont, Jules, et A. Rochaix (Staphylococcus pyogenes) 318.
Courtin, J. (Appendicitis) 119.
Courvoisier, L. G. (Gallensteinstatistik) 226.
Couto, M. (Hydrocephalus idiopathicus) 22.
— Miguel (Meralgia) 599.
Cowie, David Murray (Pylorusreflex) 750.
Crespigny, C. P. C. s. Rischbieth, H. 609.
Crile, G. W. (Magenresektion) 458.
— George W. (Morbus Basedowii) 106.
Crohn, Burrill B. (Pankreasfunktion) 603.
Crookall, A. C. (Becken-Mastdarmfistel) 464.
Crooks, Frederick s. Neil, William F. 288.
Crotti, André (Thymushyperplasie) 297.
— — (Tracheostenosis thymica) 431.
— — and Charles F. Bowen (Kropfröntgenuntersuchung) 258.
Crouzon, O., et Folley (Basedow-Struma) 106.

Crowther, Carlo (Struma aberrans) 423.
Cruet, Pierre (Gebärmutterkrebs) 619.
— P. (Gynäkologische Cystoskopie) 480.
— — et P. Moure (Schenkelhalsfraktur) 391.
Cruvelhier, L. (Gonorrhöebehandlung) 383.
Crymble, P. T. (Gastropankreatische Falten) 74.
Culler, Robert M. (Epididymotomie) 308, 838.
Cumberbatch, E. P. (Carcinombehandlung) 108.
Cummings, W. G. (Empyem) 35.
Cumston, Charles Greene (Katheterisation) 230.
— — — (Cystostomie) 836.
— — — (Harnröhrenstrikturen) 834.
— — — (Nierenbeckenneubildungen) 160.
Cunéo (Art. colica media Verletzung) 301.
Cunha, Aroldo (Arteriennähte) 208.
Cunning, Joseph (Dickdarmcarcinom) 370.
Cunningham, John H. (Nierenfunktion) 656.
Curtillet, J., et P. Lombard (Tetanus) 203.
Cushing, Harvey (Hypophyse) 794.

Daels, Frans (Elektrargolwirkung) 447.
Dahlgren, Karl (Mastdarmkrebs) 600.
Dam, J. M. van, (Blasendivertikelbehandlung) 527.
Danes, J. (Lungentuberkulose) 690.
Daniel, Constantin (Vulvatuberkulose) 47.
— G. (Appendicitis) 42.
— — (Appendicokelen) 302.
— Peter (Septische Infektion) 356.
Danielsen, Wilhelm (Bandwurmperitonitis) 447.
— — (Gefäßnaht) 497.
Danis, Robert (Elsbergkanüle) 665.
Dardel, Jean (Gonorrhöischer Gelenkrheumatismus) 235.
Dartigues s. Bonamy 230.
Davids, Hermann (Linsenluxation) 63.
Davis, Edward D. (Schwebelaryngoskopie) 150.
— George E. (Hypophysentumor) 213.
— H. J. (Larynxschuß) 217.
Davis, H. J. (Trachealfremdkörper) 257.
— John Staige (Rippenknorpeltransplantation) 714.
— III, Nathan S. (Duodenumdivertikel) 595.
Deane, Frederick (Parovarialcyste) 839.
Deaver, John B. (Brustdrüsenoperationen) 578.
— — — (Harnröhrenstriktur) 163.
— — — (Kotfistel) 759.
— — — (Chronische Pankreatitis) 303.
Decker (Afterbandage) 561.
Deconomos s. Chauvin 286.
De-Francisco, Giacomo (Lebersyphilom) 760.
Degouttes, L., et R. Olivier (Tuberkulöse Adnexerkrankungen) 619.
Degrais s. Wickham 59, 554, 717.
Dehn, v. (Magenröntgenologie) 222.
Delajenière, H. (Anästhesie) 674.
Delassus, A. (Bauchoperationen) 583.
Delava (Nierenruptur) 608.
Delchef, Jos. (Körperverbildung) 49.
Delétrez (Operationstechnik) 356.
Delfino, E. A. (Peripankreatische Cyste) 369.
Delmas, J., et H. Vallois (Armlängsdefekt) 483.
— — et Puyhaubert (Ductus stenonis) 570.
— Paul (Hautreinigung) 143.
Delobel, P. (Schläfenbeinperiostitis) 248.
Delore, X., et L. Arnaud (Magenverbrennungen) 817.
Delorme (Balkankrieg) 787.
— E. (Kriegschirurgie) 408.
— — (Schußverletzungen) 724.
Delrez, L. (Kiemengangskrankheiten) 216.
Denk, Wolfgang (Balkankrieg) 555.
Denker (Kehlkopferöffnung) 69.
— Alfred (Intercricothyreotomie) 68.
Depage (Balkankrieg) 330, 554.
Dercum, F. X. (Prostataerkrankungen) 308.
Derganc, Franz (Appendectomia) 368.
Deroide, Jean (Ellenbogenfraktur) 132.
Desbouis s. Binet 434.
Descamps (Wirbelsäulenbruch) 255.
Desgouttes, L. (Eichelfibrom) 530.
— — et R. Olivier (Cystenniere) 657.
Desmarest, s. Dufour, H., 811.
— E. s. Gosset, A. 523.
Desplas, Bernard, et Guimbellot (Aneurysma) 631.
Desqueyroux s. Petges, G. 493.
Desternes s. Esmein 272.
Destot, E. (3. Malleolus) 848.
— — (Vorderarmverletzungen) 165.
Deutsch, Joseph (Röntgenulcerationen) 562.
Deutschländer, Carl (Gelenkanästhesie) 413.
Devroye, Maurice (Raynaudsche Krankheit) 233.
Dewaerseggers (Wanderniere) 377.
Diamantis (Nierenechinokokkus) 228.
Dibbelt, W. (Rachitisätiologie) 542.
Dieballa, Géza v., und Béla Entz (Bösartige Geschwulst) 671.
Djedoff, W. P. (Phosphacidbehandlung) 669.
Diesing (Rachitisätiologie) 542.
Dietrich s. Malkow 364.
Dietschy, Rudolf (Oberschenkelmamilla) 663.
Dilger, Anton (Gewebskulturen) 89.
Dimitriou et Saghinesco (Lumbalanästhesie) 675.
Disqué (Magenatonie) 266.
Distaso, A. (Dickdarmextrakte) 461.
— — (Dickdarmextraktgiftigkeit) 519.
Dittler, R. s. Läwen, A. 492.
— Rudolf, und Richard Mohr (Hormonal) 220.
Diwald, Karl (Abdomenschußverletzung) 444.
Doazan, J. (Meningeale Blutungen) 337.
Dobbertin (Ascitesbehandlung) 446.
— (Darmlähmungsbehandlung) 269.
Dobrotworsky, B. (Nierentuberkulose) 194.
Dobrowolskaja, N. (Scharlachrot) 282.
Dobson, Leonard (Hirndruck) 738.
Doerfler, Hans (Freundsche Operation) 808.
Dörner, Dasö (Hirnpunktion) 210.
Doerr, Robert (Skoliosenfrage) 26.
Doinikow, Boris (Neuritis) 541.
Dollinger (Künstliche Glieder) 773.
— Béla (Lokalanästhesie) 175.
— — (Spondylitis) 149.
Donati, Mario (Gewebspfropfung) 778.

Donzelot s. Monier-Vinard 427.
Douarre (Spontane Gastroenterostomie) 816.
Douglas, John (Bougieentfernung) 360.
Dowden, J. W. (Samenstrangtorsion) 382.
Draper, John William, and William F. Braasch (Ureter-Blasenklappe) 123.
Dreesmann (Klumpfußbehandlung) 488.
Dreuw (Adhäsoltherapie) 397.
Drew, Douglas (Nierenstein) 305.
Dreyer (Gangrän) 723.
Dubois, Raphael (Kaltblüterbacillenbehandlung) 669.
— — (Narkose) 96.
Ducastaing, R. (Handrückenfibrom) 627.
— — (Pollakiurie) 229.
Ducuing, J., et Florence (Douglas-Probepunktion) 515.
Dührssen, A. (Ventrifixur) 129.
Dufour, H. (Pagetsche Krankheit) 234.
— — Desmarest et Legras (Gallensteinileus) 811.
— Henri s. Podevin, Paul 224.
— — et Bertin-Mourot (Pagetsche Knochenkrankheit) 400.
Duhot, E., R. Pierret et E. Verhaeghe (Ischämische Neuritiden) 666.
— — — (Polyneuritis) 846.
Dujon (Oesophagusstriktur) 349.
Dumas, René s. Flandin, Charles 523.
Dumont s. Mosny 305.
— Fritz L. (Hämatogene Osteomyelitis) 778.
— J. s. Carnot, P. 188.
Duncan, Harry A. (Magendilatation) 590.
Duncker, Fritz (Postdiphtherische Lähmung) 780.
Dunn, Arthur D., and John E. Summers (Mediastinoperikarditis) 110.
Dupont, Robert (Ileusbehandlung) 446.
Dupuich s. Gorse 644.
Durand, Gaston (Gastroenterostomiefolgen) 75.
— M., J. Nicolas et M. Favre (Lymphogranulomatose) 276.
Duroeux, Louis s. Lévy-Bing, A. 482.
Duroux, E. (Nervenkompression) 626.
Dutoit, A. (Traumatischer Enophthalmus) 643.
— — (Tetanus) 319.
— — (Thymushyperplasie) 297.
Duval s. Guillain 574.
— Pierre s. Grégoire, R. 369.
Duvergey, J. (Peritonitis) 479.
— — (Venenentzündung) 388.
Duyse, van s. Landau 507.

Eastman, Joseph Rilus (Peritonealfalten) 823.
Eastmond, Charles (Nieren- und Uretersteine) 832.
Ebeling, Albert H. (Bindegewebsdauerleben) 538.
Ebers, Paul (Rückenmarkstumor) 27.
Eccles, W. McAdam (Gallenblasenhydrops) 521.
— — — (Hodenektopie) 82.
Eckstein, Gustav (Quadricepsplastik) 485.
Economos, S.-N. s. Jourdan, C. 341.
Edberg, Einar (Purulente Arthriten) 841.
Eden (Tendo- und Neurolysis) 714.
Edén, Einar (Tuberkulöse Peritonitis) 812.
Edgeworth, F. H. (Trigeminusanatomie) 681.
Edinger, Ludwig (Kleinhirnfunktion) 793.
Edmunds, Arthur (Hypospadie) 770.
Eggers, Hartwig (Thymushypertrophiebehandlung) 430.
Eguchi, Tatsuo (Traumatische Epilepsie) 418.
Ehler, Ferd. (Leistenbruch) 448.
Ehrich, William S. (Harnsteine) 229.
Eichmann, Elise (Phenolsulfonphthaleinprobe) 159.
Eiselsberg, v. (Hirnchirurgie) 732.
— — (Meningitis serosa) 734.
— — Frhr. A. (Kniegelenkmobilisierung) 135.
Eisenberg, Carl (Divertikel der Flexura sigmoidea) 824.
Eisengräber (Carotisunterbindung) 22.
Eldridge, C. S. (Obstipationbehandlung) 520.
Elgart, Jaroslav (Transplantation) 665.
Eliot, Henri (Hydronephrosen) 471.
Elliott, T. R. (Syringomyelie) 310.
Elmslie, R. C. (Calves Pseudocoxalgie) 630.
Elperin, S. (Choledochusdefekt) 190.
Elsberg, Charles A. (Laminektomien) 342.
Elschnig (Nystagmus retractorius) 60.
Elsner, Henry L. (Nierenblutungen) 608.
Elving, H. s. Sauerbruch, F. 108.
Ely, Leonard W. (Gelenktuberkulose) 204.
Emerson, Francis Patten (Luftwege-Eiterherde) 254.
Emery, E. s. Bensaude, R. 350.
Enderlen (Sehnentransplantation) 845.
Enge (Herzruptur) 220.
Engel (Bronchialdrüsen-Röntgendiagnostik) 510.
— E. A. (Lupustherapie) 549.
Englisch, Josef (Prostataerkrankung) 769.
Entz, Béla s. Dieballa, Géza v. 671.
Erb, A. (Lymphangiom) 231.
Erfurth, Fr. (Traumatische Muskellähmung) 389.
Erlacher, Philipp (Gonokokkenvaccine Menzer) 164.
Erne, F. (Phenolsulfonphthaleinreaktion) 606.
Ernst, N. P. (Bauchwandschnitt) 702.
Erps, E. van (Blutstillung) 129.
— — — (Tuberculum-Abrißfraktur) 709.
Ertzbischoff, Paul A. (Nierendecapsulation) 830.
Escat, E., et J. Bonzoms (Siebbeinosteom) 643.
Esmein, Rolland et Desternes (Radiologische Untersuchung) 272.
— Ch. (Pagetsche Krankheit) 550.
Estes, W. L. (Femurschaftfrakturen) 135.
Estopina, L. s. Calatayud, C. 843.
Estor, E. (Heliotherapie) 417.
Etienne (Botryomycose) 547.
— E., et A. Aimes (Armphlegmone) 171.
— — — — (Dermoidcyste) 360.
— — — — (Fetttransplantation) 396.
— — — — (Kinderhernien) 693.
— — — — (Mastitis) 150.
— — — — (Osteomyelitis) 546.
— G. (Pagetsche Knochenkrankheit) 400.
— Georges (Abführmittel) 299.
Eustace, Arthur Barnett (Meckelsches Divertikel) 76.
Evans, Willmott H. (Milz-Leberzerreißung) 80.
Eve, Duncan (Radiusfraktur) 844.
Evler (Ascitesbehandlung) 221.
Ewald (Milztumor) 191.
— C. A. (Leberkrankheiten) 654.
— — — (Milzvenenthrombose) 468.
— Paul (Knick- und Plattfuß) 280.

Ewald, Paul (Radialislähmung) 710.
Exner, Alfred (Balkanfeldzug) 407.
— — und J. Heyrovsky (Kriegschirurgische Erfahrungen) 243.
Eyff (Collargol) 546.

Fabre, Paul (Eingekeilter Urethrastein) 477.
Fago, Matteo (Megakolon) 461.
Fairise, C. s. Remy, A. 684.
— — et Louis Caussade (Magenperforation) 818.
Falcone, Roberto (Oberschenkelfibrolipom) 199.
Falk, Edmund (Wirbelsäulendefekte) 740.
Fallas, Alfred (Kieferhöhlenschußverletzung) 291.
Farkas, Ignaz (Arthigon) 236.
Farmakowsky, N. W. (Entropionoperationen) 213.
Faroy, G. (Magenulcuscarcinom) 593.
Fasano, Mario (Muskelsarkom) 327.
— — (Osteomyelitis) 546.
Faunce, Calvin B. s. Jack, Frederick L. 249.
Fauntleroy, A. M. (Milzruptur) 227.
Favre, M. s. Durand, M. 276.
— — et L. Bovier (Spondylitis typhosa) 800.
Faykiss, Franz v. (Pankreasentzündung) 157.
Fayol s. Gayet, G. 614.
Federici, Nicolino (Cruralhernie) 813.
Feiber (Lithotripsie) 195.
Feiler, Erich (Zirkuläre Zahncaries) 423.
Felten-Stolzenberg, Richard, und Felicitas Felten-Stolzenberg (Fremdkörperextraktion) 21.
— — — — (Röhrenknochen-Physiologie) 165.
Ferrarini, Guido (Gefäßscheidentumoren) 785.
— — (Granuloma pedunculatum) 323.
Ferraton (Kriegswunden) 556.
Ferreri, Gherardo (Augenhintergrunduntersuchungen) 564.
Ferria, Luigi s. Bertolotti, Mario 528.
Ferron, Jean (Ureterenkatheterismus) 470.
— — s. Rocher, H.-L. 767.
Ferulano, Giuseppe (Blasengeschwülste) 276.
— — (Nierentuberkulose) 124.
Fessler (Spitzgeschosse) 719.
Fibiger, Johannes (Tiergeschwülste) 496.
Fieschi, Davide (Mastdarmvorfall) 462.
Fimofejew, S. L. (Epilepsie) 100.
Fink, Franz v. (Cholelithiasis) 44.
— — — (Oesophagusersatz) 746.
Finkelnburg (Akroasphyxia) 542.
Finkelstein (Dickdarmchirurgie) 224.
Finsterer (Narkose) 556.
— H. (Leberverletzungen) 601.
— — (Leistenhernie) 222.
Finzi, N. S. s. Watson-Williams, P. 209, 249.
Fischel, L. (Prostatitis) 769.
Fischer, Aladár (Furunkelkomplikationen) 544.
— — (Megasigma) 42.
— Bernh. (Leberangioendotheliom) 704.
— — (Leberchorionepitheliom) 704.
— Franz (Traumafolgen) 327.
— Louis (Lumbalpunktion) 800.
Fishberg, Maurice (Pleuritisserumbehandlung) 807.
Fitz, R. s. Rowntree, L. G. 606.
Fitzwilliams, Duncan C. L. (Lymphangiom) 578.
— — — — and W. H. Vincent (Gangrän) 629.
Flandin, Charles, et René Dumas (Leberabsceß) 523.
Flath (Leberruptur) 78.
— (Chirurgische Neuerungen) 491.
Flebbe, Georg (Magensarkom) 590.
Fleisher, Moyer S. s. Loeb, Leo 54, 205.
Flemming, A. L. (Stickoxydul-Sauerstoffnarkose) 726.
Flesch, Max (Freundsche Emphysemoperation) 582.
Fletcher, Fred (Subtotale Magenresektion) 456.
Floderus, Björn (Mesenterialdrüsentuberkulose) 691.
Florence s. Ducuing, I. 515.
— G. s. Savy, P. 348.
Föderl, O. (Herniologisches) 589.
Foerster, Otfrid (Rückenmarkschirurgie) 215.
Folley s. Crouzon, O. 106.
Fontaine, F. (Laryngostomie) 803.
Forbes, A. Mackenzie (Klauenfuß) 200.
— Henry H. (Laryngoskopie) 216.
Formichella, J. (Tuberkulosebehandlung) 549.
Formiggini, Benedetto (Nierenvenenunterbindung) 378.
Fornaseri, Guido (Gelatine) 336.
Forssner, Hj. (Darmatresien) 824.
Foulerton, Alexander G. R. (Aktinomykose) 322.
— — — — (Aktinomykosis) 546.
Fowelin, H. (Lokalanästhesie) 499.
— Harald (Gefäßnaht) 310.
— — (Perikardverletzung) 355.
Fowler, H. A. (Prostata- und Blasensteine) 835.
— Royale Hamilton (Leistenhernie) 153.
Fraenkel, A. (Lungengeschwülste) 689.
— — (Mastdarmcarcinom) 701.
— Alex. (Kriegschirurgie) 285.
— Eug. (Knochensyphilisdiagnostik) 399.
— James (Beckenneigung) 628.
— Manfred (Röntgenstrahlen) 178.
Français, R. (Hodenektopie) 82.
Francine, A. P., and H. J. Hartz (Dixons Tuberkulin) 550.
Frangenheim (Osteomyelitis) 630.
— Paul (Oesophagoplastik) 34.
Frank (Gipsschienenverband) 57.
— (Harnröhrenstriktur) 768.
— (Hirtenstab-Gipsschiene) 58.
— (Kriegschirurgische Improvisation) 57.
— (Kriegserfahrungen) 721.
— E. S. (Bacillus paratyphosus-B) 110.
— Ernst R. W. s. Bucky, G. 381.
— Richard (Fremdkörperentfernung) 226.
— — (Gangrän) 776.
Frankau, Claude (Pankreascysten) 467.
Franke (Hämophiliebehandlung) 169.
— (Hirngummi) 738.
— Felix (Amputatio tibiae) 136.
Franz (Spitzgeschosse) 673.
Fraser, F. C. s. Giffard, G. G. 557.
— J. S. s. Thyne, T. J. 254.
— — — s. Turner, A. Logan 257.
— John (Knochen- und Gelenktuberkulosen) 709, 781.
Frattin, G. (Osteoplastik) 312.
Frazier, Charles H. (Hypophysis) 252.
— — — (Gastrische Krisen) 343.
Fredet, P., et L. Tixier (Pylorusstenose) 650.
Freiman, Maurice (Lungencarcinom) 583.
Frenzel, A. (Interdentalschiene) 644.
Freudenberg, A. (Beckendammheizkissen) 790.
Freudenthal, Wolff (Radium) 786.
— — (Suspensionslaryngoskop) 427.

Freund, Ernst, und Gisa Kaminer (Carcinom) 403.
Freyer, P.J. (Prostatektomie) 770.
Fridenberg, Percy (Augensymptome) 148.
Friedemann (Peritoneumtransplantation) 361.
Friedman, Louis (Fettbruch) 447.
Friedrich (Knochen-, Gelenktuberkulose) 625.
— (Lungenemphysem) 748.
— (Pankreasaffektionen) 696.
— Hugo (Carcinomfrühdiagnose 825.
Frilet et Revel (Schädeldachfrakturen) 209.
Frisch, v. (Schußaneurysmen) 723.
— — Otto (Kriegschirurgie) 176.
— — — und P. Clairmont (Balkankrieg) 329.
Frischberg, D. (Meckelsches Divertikel) 264.
Frising, Gunnar, und Einar Sjövall (Duodenalphlegmone) 268.
Fritsch, Hans (Varicen) 166.
Froelich (Malum Pottii) 104.
Fromme, Fr., und C. Rubner (Nierenfunktionsprüfung) 605.
Fronstein, P. (Gonokokken-Erkrankungen) 781.
Frostanezki, M. M. (Magnium) 416.
Frühwald, Heinrich E. (Trichterbrust) 744.
Frugoni, C. (Carotisdrüse) 233.
— — (Luschkasche Carotisdrüse 574.
Fühner, Hermann (Hypophysenchemie) 567.
Fürbringer, P. (Hirnabsceß) 61.
Fuld; Joseph E. (Darmfaßzange) 331.
Fullerton, Andrew (Suprapubische Prostatektomie) 308.
— Wm. D. (Adnextuberkulose) 479.
Furniss, Henry D. (Renale Hämaturie) 160.
— — — (Nierenblutung) 161.
— — — (Nierendekapsulation) 160.
— — — (Ureterstein) 162.

Gaarenstroom, G. F. (Pagets Krankheit) 349.
Gadd, Pehr (Mandibularanästhesie) 412.
Gaetano, Crucillà (Jodtinktur) 414.
Galeazzi, R. (Arthrogoniometer) 20.
— — (Kongenitale Hüftgelenkverrenkung) 134.
Galliard et Chifoliau (Pankreasnekrose) 374.
— L. (Pneumothorax) 808.
Galliot (Krebsbehandlung) 553.
Galloway, Herbert P. H. (Sehnentransplantationen) 130.
Galpern, J. (Laparatomiewunden) 263.
— — (Oesophagusplastik) 433.
Gange, F. W. (Ventralhernie) 113.
Ganon, J. (Chirurgische Instrumente) 416.
Gardère, Ch. s. Bériel, L. 649.
Garfunkel (Novocaininjektionsfolgen) 243.
Garin, Ch., et A. Chalier (Oxyurenappendicitis) 653.
Garmo, William B. de (Hernien) 692.
Garrè (Knochen-, Gelenktuberkulose) 622.
— (Urethralresektion) 768.
Garrel et Gignoux (Nasendeformitäten) 796.
Gaskill, Henry Kennedy (Sarkome) 175.
Gasne, E. (Metakarpalepiphysenlösung) 484.
Gaté, J. s. Mouisset, F. 812.
— — s. Nicolas, J. 544.
Gaucher, Gougerot et Meaux Saint-Marc (Raynaudsche Krankheit) 400.
Gaulejac, Henri de (Darmverschluß) 443.
Gauss s. Aschoff '325.
— s. Krönig 384.
Gautier, P. s. Horneffer, C. 184.
Gayet, G., Champel et Fayol (Prostatakrebs) 614.
Gaza, v. (Novocaininfiltrationsanästhesie) 788.
Gazeau („Liberté"-Explosion) 327.
Gazzotti, Luigi Giovanni (Knochenbolzung) 170.
Gebhardt (Zehendoppelmißbildungen) 664.
Geddes, A. C. (Osteoblasten-Ursprung) 49.
Gegenbauer, Viktor s. Reichel, Heinrich 669.
Geigel, Richard (Embolie) 580.
Geipel, P. (Bauchfelltuberkulose) 113.
Geissler, Walter (Spinalflüssigkeit) 181.
Gellé (Pankreascarcinom) 227.
— (Pankreassekretion) 45.
— et Henri Beclére (Sanduhrmagen) 223.
Gelma, Eugène (Epilepsie) 100.
Genet (Augenhöhlenkrebsgeschwulst) 421.
Geraghty, J. T. (Phenolsulfonphthaleinreaktion) 192.
— — — s. Rowntree, L. G. 606.
Gerber (Trachea-Pathologie) 30.
Gergö, Emerich (Emphysem) 444.
Gerschun, T. (Zungentuberkulose) 214.
Ghillini, Cesare (Pes plano-valgus) 632.
Giacquinta, G. (Frakturbehandlung) 131.
Giani, R. (Schweißdrüsen) 402.
Gibb, W. F. (Bicepsgeschwulst) 844.
Gibson, A. (Hüftgelenksdislokation) 135.
Giffard, G. G., and F. C. Fraser (Insufflationsnarkose) 557.
Gignoux s. Garrel 796.
Gilbert (Dupuytrensche Contractur) 132.
Gilbride, John J. (Kropfätiologie) 804.
Ginesty, A. s. Tourneux, J. P. 16.
Giordano, G. s. Uffreduzzi, O. 364.
— Giacinto (Ätherinjektion) 330.
— J. s. Uffreduzzi, O. 650.
Girard (Dysphagia lusoria) 743.
— Joseph, et Pierre Pietri (Rhinosklerom) 398.
Giri, D. V. (Augenkrebskontaktinfektion) 643.
Gismondi, Alfredo (Hämorrhagiebehandlung) 541.
Giugni (Pylorusröntgenologie) 154.
Glaessner (Coxa vara) 774.
Glässner, K. (Pankreassteine) 120.
— Karl, und Sigmund Kreuzfuchs (Pylorospasmus) 517.
Glas, Emil (Luftwege-Fremdkörper) 345.
Gliński, L. K. (Hypophysenerkrankungen) 102.
Glück, A. s. Bruck, Carl 139.
Glynn, Ernest s. Kelly, R. E. 500.
Goebel (Tripolis-Expedition) 673.
— W. (Bantische Krankheit) 158.
— — (Fingerersatz) 310.
Götzl, Arthur (Prostatatuberkulose) 659.
Gofman, Moses (Extradurale Abscesse) 420.
Goldammer (Kriegschirurgische Erfahrungen) 720.
Goldberger, Jaques (Prostatectomia) 196.
Goldmann (Plex. chorioid. und Hirnhäute) 729.
— (Urethralresektion) 768.
Goldscheider (Bewußtseinsstörungen) 418.
Goldstein, Hyman (Hernieneinklemmung) 516.
Goldthwait, Joel E. (Extremitätenlähmung) 214.
Gonzalez, C. (Colitis) 369.
González, J. (Typhlitis) 518.

Gordinier, Hermon C., and Harold P. Sawyer (Leberadenom) 273.
Gorham, W. L. s. Sample, John T. 487.
Goris (Adamantimon) 797.
— (Pharyngektomie) 572.
Gorodistsch, S. M. (Harnröhrenbehandlung) 195.
Gorrieri, Arturo (Epilepsie) 792.
Gorse et Dupuich (Zungenkrebs) 644.
— P. (Rückenmarksanästhesie) 498.
— — et Swynghedauw (Ectopia testis) 660.
Gossage, A. M. (Hohlvenenobliteration) 218.
Gosset (Gallenblasenexstirpation, 465.
— A. (Blasenektopie) 473.
— — et E. Desmarest (Cystektomie) 523.
Goto, S. (Oberkieferteratom) 417.
Gottstein, J. F. (Skoliose) 294.
Gougerot s. Gaucher 400.
— H. (Oosporosen) 204.
Gouget, A. (Phlebitis) 283.
Gould, Sir, Alfred Pearce (Krebsbehandlung) 175.
Gourand, F. X., e Carle Roederer (Tuberkuloseserumbehandlung) 399.
Graef, Wilhelm (Intravenöse Äthernarkose) 246.
Graham, C. I. (Hypophysengrubencyste) 501.
— James M. (Wurmfortsatzkrebs) 368.
Grandjean, A. (Blasenperforation) 195.
Grangée, F.-M. (Tetanus-Serumbehandlung) 546.
Grant, W. W. (Bauchwandholzphlegmone) 811.
Graser (Nierensekretion) 762.
Gray, A. L. (Larynxvegetationen) 256.
— H. Tyrrell (Peritonitis) 38.
Graziadei, B. (Basedow) 806.
Green (Appendicitis) 224.
— Frank K. s. Hunter, Q. W. 618.
Greggio, E. (Harnblasendefektoperation) 194.
Grégoire, R., et Pierre Duval (Megakolon) 369.
— Raymond (Schulterluxation) 131.
Greig, David M. (Mammatumor) 183.
Grenet, Veau et Sédillot (Pylorushypertrophie) 455.
Grenier (Paratyphus) 459.
— s. Tanton, J. 593.
Grindon, Joseph (Granuloma inguinale tropicum) 783.
Grivot (Schluckstörungen) 216.
Grober (Basedowsche Krankheit) 32.
Groedel, Franz M. (Processus vermiformis) 699.
— — (Röntgenologie des Magendarmtraktus) 750.
Groot, S. B. de (Lymphdrüsenentstehen) 778.
Gross, Georges, et M. Barthélemy (Formaldehyd-Sterilisation) 144.
Grube (Thyreoideaphysiologie) 217.
Gruber, G. B. (Magencarcinomuntersuchung) 75.
— Georg B. (Meningomyelitis) 105.
Grünwald, L. (Gaumenmandeln) 214.
Grune, Otto (Extensionsbehandlung) 278.
— — (Kahnbeinfraktur) 312.
— — (Luxatio pedis) 312.
Grunert, E. (Allgemeinnarkose) 15.
— — (Prostataringmesser) 145.
Grushlaw, I. (Sinusthrombose) 147.
Guaccero, Alessandro (Orthopädische Operationen) 840.
Guasoni, Eutimio (Milzverletzungen) 467.
Guedea, Luis (Lokalanästhesie) 265.
Gueit, C. (Anaphylaxie) 319.
— — (Intratracheale Injektionen) 295.
Guénez, A. s. Leclercq, J. 327.
Günther (Bolus alba) 641.
Günzburg, A. (Magensaftfluß) 300.
Guépin, A. (Prostatektomie) 769.
Guérin, C. s. Calmette, A. 7.
Güsbeck und Orth (Hormonaltherapie) 748.
Guiard, F.-P. (Urethralstrikturen) 708.
Guillain et Duval (Laminektomie) 574.
Guillaume, P. (Invagination) 185.
Guillet (Rectalprolaps) 759.
Guillot, Maurice (Magendivertikel) 590.
Guillou, Narcisse (Uterustuberkulose) 241.
Guimbellot s. Desplas, Bernard 631.
— et J. Charles Bloch (Leistenbruch) 589.
Guisez (Intrabronchiale Injektionen) 583.
— (Oesophaguscarcinom) 580.
— (Oesophagusstenosen) 646.
— (Speiseröhrenverengerungen) 34.
Guiteras, Ramon (Nierenoperation) 828.
Guleke (Brust-Bauchwunden) 744.
Gundermann (Experimentelle Magendarmgeschwüre) 752.
Gurdus, Mowscha (Hodentorsion) 478.
Gurewitsch (Diaphragmalhernie) 451.
Gussakoff, L. A. (Echinococcus) 198.
Guttmann, Arthur (Kleinhirnbrückenwinkeltumoren) 793.
— Eugen (Speicheldrüsen-Aktinomykose) 291.
Gutzmann, Hermann (Nasalität) 64.
Guzmann, Ernst (Epibulbär-Tuberkulose) 102.
Gy, Abel (Ascitesbehandlung) 812.

Haberer, Hans v. (Duodenalverschluß) 40.
— — (Thymektomie) 685.
— (Ulcus pepticum jejuni) 696.
Hackenbruch (Frakturenbehandlung) 131, 637, 718.
Hacker, v. (Schädeldefektersatz) 22.
Hadda, S. (Hämorrhoiden) 600.
— — (Rippendefekt) 33.
Hadden, David (Eingeweidezurückhalter) 641.
Hadfield, C. F. (Äthylchloridanästhesie) 638.
Häuer (Harnröhrenfremdkörper) 613.
Haga, Ishio (Epithelwucherungen) 54.
Hagedorn (Pankreasquetschungen) 274.
Hagen, Felix (Instrumentesterilisation) 145.
— Wilhelm (Kropf) 295.
Hagenauer, G. F. (Echinococcus) 810.
Hagen-Torn, Johann (Schilddrüseninsuffizienz) 509.
Haim, Emil (Lokalanästhesie) 413.
Hainiss, Geza v. (Schenkelsymptom) 250.
Hall, Arthur J. (Gehirngeschwülste) 180.
— Cuthbert (Echinokokkenfälle) 760.
— George, and H. Brunton Angus (Hirntumor) 565.
Halle (Tonsillenexstirpation) 424.
Hallé s. Aviragnet 139.
Haller, M. (Netzentzündungen) 584.
Halpern, J. O. (Oesophagusplastik) 745.

Halsted, William Stewart (Brustkrebsoperation) 297.
Hamant, A. s. Worms, G. 838.
Hamm, A. (Kolipyämie) 235.
Hamman, Louis, and Martin F. Sloan (Pneumothorax) 351.
Hammer (Kriegswundversorgung) 175.
Hammond, Roland (Knochentuberkulose) 237, 321.
Handley, W. Sampson (Becken-Appendicitis) 41.
Hannes, Frederick M. s. Lambert, Robert A. 313.
Hansemann, v. (Gallensteine) 827.
Hanszel, Friedrich (Nasen-Ballontamponade) 339.
Harbitz, Francis (Tuberkulose) 716.
Harman, N. Bishop (Augenmuskeloperation) 55.
— — — (Pinzetten) 145.
— — — (Schieloperationen) 62
Harmer, L. (Parotistumoren) 340.
Harms, Heino (Zungenlupus) 571.
Harpster, Charles M. (Blasentumoren) 306.
Harrington, Archibald W., and Alex. M. Kennedy (Carcinom-Knochenmarkmetastasen) 240.
Harris, Rowland H. (Kotstauung) 820.
— Wilfred (Hyoscinmorphiumanästhesie) 564.
Harrison, L. W., and G. J. Houghton (Gonorrhöebehandlung) 277.
Hartman, George W. s. Krotoszyner, M. 192.
Hartmann, Henri (Dünndarmadenome) 651.
— — (Nierenbecken - Ureter-Tuberkulose) 472.
Harttung, Heinrich (Brustbeinoperationen) 432.
— — (Hypernephrome) 611.
— — (Nebennierentumor) 303.
— — (Spontangangrän) 130.
Hartz, H. J. s. Francine, A. P. 550.
Harzbecker (Hernia pectinea) 589.
Haškovec, Lad. (Cauda equina) 27.
— — (Pseudokyphosis) 427.
Hassel, Robert (Mundbodendermoide) 423.
Hassler, J. Wyliss s. Honan, William Francis 410.
Hauch (Appendicitisspätblutungen) 460.
Haudek (Ulcus duodeni) 751.
— M. s. Holzknecht, G. 453.
— Martin (Fremdkörper im Auge) 568.
Haudek, Max (Hüftgelenkerkrankungen) 630.
Hauptmann (Hirndruck) 500.
— Alfred (Hirndruck) 334.
— — (Lumbalpunktion) 574.
Hauptmeyer, Friedr. (Unterkieferveränderungen) 569.
Hausmann, Th. (Abdominallues) 111.
Haussner, Paul s. Weichardt, Wolfgang 51.
Hautefort, L. (Harnröhrenfremdkörper) 307.
Hayashi, K., und M. Matsuoka (Hüftgelenkverrenkung) 774, 846.
Hayes, Douglass (Arthritis deformans) 778.
Haymann, Ludwig (Großhirnabscesse) 100.
Haynes, Irving S. (Meningitisbehandlung) 419.
Hays, Harold (Mastoiditis) 293.
— — (Warzenfortsatzabsceß) 149.
Hayward (Fetttransplantation) 714.
Hébrard, P. (Vena cava inf.) 583.
Hecht, Adolf F., und Edmund Nobel (Narkoseherzstudien) 497.
Heckel, Francis s. Martinet, Alfred 634.
Hédon, E. (Selbständiges Gewebsleben) 3.
— — et M. Lisbonne (Sekretin) 603.
Hegler, C. (Zungenspeicheldrüsenerkrankungen) 571.
Heile (Epiduralraum) 742.
Heindl, Adalbert (Stirnbeinsyphilis) 291.
Heineck, Aimé Paul (Adnexhernien) 73.
Heinecke, E. (Harnröhrenstenosen) 163.
Heinlein, Heinrich (Genu valgum) 775.
Heinrichsdorff, Adele (Carcinom) 141.
Heinz, Otto (Kriegschirurgie) 408.
Helbing, Carl (Uranostaphyloplastik) 64.
— H. H. (Appendicitis) 189.
Heller (Gelenkmobilisierung) 771.
— (Vaguscocainisierung) 745.
— E. (Mastdarmkrebsoperation) 43.
— Julius (Blasenpseudotrichiasis) 162.
Hellwig, W. (Lokalanästhesie) 412.
Hengel, L. D. van (Cholecystektomie) 521.
Henrijean (Campher) 281.
Henschen, Karl (Ascitesbehandlung) 37.
— — (Nephropexie) 612.
Herff, Otto v. (Peritonitisvorbeugung) 185.
Hering, W. (Perirenales Hämatom) 46.
— — (Kniegelenksluxationen) 534.
Herrmann (Samenstrangverletzungen) 128.
Hertz, Arthur F. (Chronische Appendicitis) 699.
— — — (Gastroenterostomie) 694.
Hertzler, Arthur E. (Hautüberpflanzung) 396.
— — — (Prostatektomie) 128.
Hervey, Clifford R. (Narkoseäther) 409.
Herz, Paul (Nierenentzündungbehandlung) 469.
— — (Feuchte Verbände) 499.
Herzenberg, Robert (Nabelsteine) 809.
Herzog, Georg (Carcinome) 94.
Hess, Alfred F. (Pylorospasmus) 362.
Hesse (Adamantinome) 26.
Heyde und Vogt (Verbrennungstod) 538.
Heyrovsky, Hans (Kriegschirurgie) 175.
— — (Oesophagogastroanastomose) 349.
— J. s. Exner, Alfr. 243.
Hibler, Emanuel v. (Kleinhirnabsceß) 493.
Hicks, J. A. Braxton s. Tubby, A. H. 165.
Higier, Henryk (Spastische Lähmung) 256.
Hildebrand (Facialislähmung) 728.
— (Hirnchirurgie) 734.
Hildebrandt, Wilhelm (Chloroformnarkose) 408.
Hildige, H. J. (Antistreptokokkenserum) 821.
Hill, R. Gordon (Kriegschirurgie) 142.
Hiltmann, Eduard (Traumatische Duodenalgeschwüre) 594.
Hind, G. R. (Eingeklemmte Hernie) 362.
Hinder, H. C. (Schilddrüsenexstirpation) 428.
Hinterstoisser, Hermann (Gallenwegeascaris) 603.
Hiromoto, B. (Mißbildungen) 777.
Hirsch, I. S. (Fremdkörperdiagnose) 691.
— I. (Epidemische Meningitis) 574.
Hirschberg, Otto (Hirnabsceß) 292.
Hobermann, A. (Nierenruptur) 304.
Hölder, Helene (Scopolamin-Pantopon) 409.

Hoeniger, Erich (Tracheostenosis) 182.
Hörz (Hepaticusdrainage) 120.
Hoevel (Bauchfelltuberkulose) 589.
Hoeven, P. C. T. van der (Sectio Caesarea) 385.
Hoffmann, Rudolf (Anovarthyreoidserum) 685.
Hofmann, A. (Peritoneumtransplantation) 649.
— Arthur (Harnröhrenzerreißungen) 307.
— — (Peritonealtransplantation) 265.
Hofmeister (Pylorusausschaltung) 757.
— v. (Choledochoduodenaldrainage) 44.
— — (Choledochuschirurgie) 227.
Hohlbaum, J. (Schleimhautjodierung) 415.
Holländer, Eugen (Rhinoplastik) 103, 422.
Holland, Thurstan (Gallensteine) 826.
Hollensen, Marie (Hallux varus) 488.
Holzknecht, G., und M. Haudek (Röntgenkinematographische Magenuntersuchung) 453.
Honan, William Francis, and J. Wyliss Hassler (Intravenöse Anästhesie) 410.
— — — — (Intravenöse Narkosen) 410.
Hope, C. W. M. (Halssarkom) 682.
— — — — (Kehlkopftumor) 684.
Horand, R. (Daumenluxation) 133.
— — et G. Coudray (Schnappende Hüfte) 485.
Horne, W. Jobson (Dysphagie) 506.
Horneffer, C., et P. Gautier (Herzgeschwulst) 184.
Hornowski, J. s. Ruff, S. 644.
Horwitz, Alfred (Ischämische Kontraktur) 621.
Hosemann (Schilddrüsenfunktion) 684.
Hottinger, R. (Harnblasencysten) 658.
Hougardy, A., et O. Krémer (Kleinhirngeschwulst) 794.
Houghton, G. J. s. Harrison, L. W. 277.
— J. W. H. (Duodenalgeschwür) 188.
Houssay, B. A. (Adrenalin und Hypophysin) 667.
Houzel, Gaston (Blasenspaltbildung) 474.
Howarth, W. G. (Thyreoidtumor) 254.
Howell, C. M. Hinds (Jackson-Epilepsie) 565.
Hübner (Penisanomalie) 661.
Hugel, K. (Gallenblasenperforation) 827.
Hughes, Gerald S. (Appendicitis) 189.
Huguenin, B. (Geschwülste) 717.
Humphreys, G. A. (Analfissur) 600.
— — — (Analfistel) 759.
— — — (Hämorrhoiden) 759.
Hunt, E. L. (Subcutanspritze) 290.
Hunter, Q. W. (Laparotomie) 512.
— — — and Frank K. Green (Circumcision) 618.
Hurtado, S. G. (Humerusfraktur) 387.
Hustin, A. (Bauchspeicheldrüsensekretion) 523.
Hutchinson, William (Hautcancroide) 553.
— — (Prostata) 836.
Hyman, A., and A. S. Sanders (Samenbläschenentzündung) 837.
Hymans van den Bergh, A. A., R. de Josselin de Jong und H. Schut (Pneumothorax) 353.

Jaboulay (Krebsätiologie) 205.
— (Krebsursprung) 402.
— (Mammacarcinome) 807.
— (Sarkosporidien) 551.
Jack, Frederick L., and Calvin B. Faunce (Hämangioendotheliom) 249.
Jacob, O. (Radialistopographie) 387.
Jacobaeus, H. C. (Laparo- und Thorakoskopie) 438.
Jacobson, Otto (Bronchostenose) 182.
Jacques, P., (Nasenskeletthyperostose) 569.
— — (Schußverletzung) 147.
Jaffé, Berko (Blutgerinnungsbestimmungen) 553.
— J. (Ulcus cruris) 200.
Jagic, N. v. (Pneumothoraxtherapie) 151.
Jaisson, Camille (Magenkrebsperforation) 267.
James, C. S., and J. W. Shuman (Samenblasensteine) 837.
Janowsky, M. (Blutdruckmessung) 713.
Jansen (Penisplastik) 618.
— (Schlüsselbeinbruchverband) 483.
— Murk (Muskelfasernphysiologie) 666.
Jaquerod (Pneumothoraxkomplikationen) 436.
Jaroschy, Wilhelm (Chondrodystrophia) 394.
Jaubert, L. (Heliotherapie) 791.
Jaugeas (Drüsentuberkulose) 399.
Javal s. Mosny 305.
Jazuta, K. (Gefäßsystemanomalien) 489.
Idzumi, G. (Lebercarcinom) 703.
Jeger (Blutgefäß- und Herzchirurgie) 713.
— Ernst (Gefäßnahtinstrument) 20.
— — und Wilhelm Israel (Gefäßanastomose) 158.
— — — — (Vena cava-Ersatz) 584.
Jehn (Lungeneiterungen) 747.
Jellinek, S. (Elektrizitätsunfälle) 13.
Jeremitsch, A. P. (Pyroloxin) 241.
Jessner, S. (Venenpunktionskanüle) 416.
Jex-Blake, A. J. (Blitzschlag) 637.
— — — (Tod durch Blitze) 786.
— — — (Elektrische Ströme-Tod) 406.
Ijiri, T. (Thiosinaminvergiftung) 492.
Illyés, v. (Pyelotomie) 80.
— G. v. (Nephrolithiasis) 377.
Imbriaco, P. (Kriegsfeuerwaffen) 243.
— — (Schußverletzungen) 787.
Imhof, A. (Osteomalacie) 50.
Immelmann, Max (Harnorgane) 607.
Impens, E. (Alypin) 143.
Ingebrigtsen, Ragnvald (Achsencylinderuntersuchungen) 490.
— — (Leisten- und Schenkelbrüche) 448.
Iñigo, M. (Frakturenbehandlung) 242.
Inonye (Tetrodotoxin) 527.
Joachimsthal (Abbotts Methode) 740.
Joanin, A. (Hämorrhoiden) 464.
Job s. Bichat 464.
Johansson, Sven (Milzruptur) 705.
Johnson, A. A. s. Marine, David 805.
Johnston, Richard H. (Extraduralabsceß) 678.
— — — (Lungentumor) 689.
— T. B. (Vena-cavaanomalie) 72.
Joly, J. Swift (Nierentumor) 610.
— P.-R. (Venenentzündung) 541.
Jonas, Siegfried (Magenstrikturen) 591.
Jones, Alfred G. (Chloroformapparat) 290.
— Robert (Frakturenbehandlung) 328, 771.
— S. Fosdick (Wirbelsäulenosteoarthropathie) 426.

Jong, de s. Siredey, A. 800.
— A. de Josselin de (Konstitution) 633.
— R. de Josselin de (Dünndarmadenomyome) 223.
— — — — s. Hymans van den Bergh, A. A. 353.
Jonnesco, Victor (Hypophyse) 212.
Jonnescu (Rückenmarksanästhesie) 558.
Jores, Leonhard (Pathologische Anatomie) 489.
Josef (Blasenbilharzia) 707.
Joseph (Gastroenterostomie) 595.
— Barnet (Merorachischisis) 798.
— Eugen (Urethralresektionen) 768.
Joüon, G. (Femurepiphysenlösung) 135.
Jourdan, C., et S.-N. Economos (Atlassarkom) 341.
Joustschénko, A. (Thyreoideaphysiologie) 217.
Joynt, R. Lane (Frakturbehandlung) 290.
Isaac, C. Leonard (Darmresektion) 152.
Ischiwara, S., u. K. Tsukada (Mundwinkelgeschwür) 505.
Iselin (Knochen- u. Gelenktuberkulose) 624.
— Hans (Tuberkulosebehandlung) 320, 494.
Ishii, O. s. Loeb, Leo 205.
Ishioka, S. (Milzruptur) 605.
Israel, Wilhelm (Nierenchirurgie) 611.
— — s. Jeger, Ernst 158, 584.
Judet (Coxa vara) 85.
Julliard (Lebercirrhosebehandlung) 520.
— Charles (Jacksonsche Epilepsie) 678.
Jurasz (Kriegschirurgische Erfahrungen) 722.
Juschtschenko, A. S. (Schilddrüsenphysiologie) 69.
Jutte, M. Ernest (Transduodenale Darmwaschung) 453.
Juvara, E. (Harnapparatmißbildungen) 375.
Iwanoff, Alexander (Kehlkopfstenose) 295.
— W. M. (Rhinolith) 503.
Iwanow, A. (Kehlkopfstenosen) 508.
Izard s. Chompret 570.

Kaefer, N. (Appendectomia subserosa) 699.
Kaelin-Benziger (Dekompressiv- [Palliativ-]Trepanation) 250.
Kaestle, Karl (Magen-Bioröntgenographie) 453.
Kaestner (Aktinomycedarstellung) 141.
Kafemann (Krebsbehandlung) 174.
Kahn, Eduard (Tuberkelbacillennachweis) 398.
— L. Miller (Eingeweidezurückhalter) 641.
— Maurice (Bauchschußwunden) 717.
— Max (Magenröntgenuntersuchung) 454.
Kaiser (Trochlearislähmung) 213.
Kamanin, W. (Rectumcarcinombehandlung) 157.
Kaminer, Gisa s. Freund, Ernst 403.
Kamver, B. J. (Wundbehandlung) 692.
Kanavel, Allen B. (Gallenblasenerkrankungen) 826.
Kaneko, K. (Skoliose) 426.
Kantorowicz, B. (Phobrol) 560.
Kaplan, Jakow (Colitis ulcerosa) 758.
Kapp, Josef Franz (Kosmetische Encheiresen) 492.
Kappis (Nierenleitungsanästhesie) 159.
Karo, Wilhelm (Nierensteinerkrankung) 124.
— — (Nierentuberkulose) 831.
Karplus und Ury (Magenstenose) 693.
Karschulin, A. (Gehirnstichverletzung) 61.
— — (Keilbeinverrenkung) 136.
Kartaschewsky, G. A. (Platzpatronenverletzungen) 95.
Karwacki, Léon (Tuberkulosediagnostik) 548.
Kasashima, Y. (Pantopon-Scopolamindämmerschlaf) 246.
Kassowitz, M. (Rachitis) 634.
— Max (Rachitis) 393.
Kast, Ludwig (Ulcus ventriculi) 591.
Kastanaeff, G. M. (Uterusfremdkörper) 530.
Katsch, Gerhardt (Darmbewegungen) 115.
— — und Eduard Borchers (Darmbewegungen) 114.
Katzenstein, M. (Magengeschwürbehandlung) 815.
Kauffmann, Franz (Skoliose) 66.
Kaufmann-Wolf, Marie (Hautmetastasencarcinom) 402.
Kausch (Kollargol) 545.
— W. (Tuberkulin Rosenbach) 284.
Keefe, John W. (Pylorusstenose) 454.
Kehr (Gallenwegeoperationen) 760.
Kelley, Samuel W. (Lebercirrhose) 78.
— — — (Pottsche Krankheit) 66.
Kelley, Samuel W. (Transfusion) 55.
Kelling (Ulcus duodeni) 757.
— G. (Geschwulsterzeugung) 401.
Kellner, Eduard (Sinuisitis frontalis) 337.
Kellock, T. H. (Nierengefäßligatur) 612.
— Thomas H. (Aktinomykose) 495.
— — — (Pneumotomie) 151, 350.
Kelly, Howard A., and Robert M. Lewis (Blasentumoren) 767.
— R. E. (Kniekreuzbändernaht) 199.
— — — and Ernest Glynn (Traumatische Pneumokokkus-Meningitis) 500.
— Robert E., and W. Thelwall Thomas (Narkosezufälle) 245.
Kennedy, Alex. M. s. Harrington, Archibald W. 240.
— — Mills s. Russell, A. W. 645.
— Foster (Halswirbelsäulentumor) 105.
— R. S. (Feldsterilisator) 790.
Keppler, W., und F. Breslauer (Intravenöse Narkose) 16.
— Wilhelm (Frakturen) 206.
Kessler, (Tuberkelbacillennachweis) 398.
Key, Einar (Embolie der Arteria fem.) 845.
Keyes, Edward L. (Blasenkrebsbehandlung) 195.
Kidd, Leonard J. (Zirbeldrüse) 501.
Kielkiewicz, Jan (Ectopia vesicae) 706.
Kienböck, Robert (Sigma elongatum) 119.
Kilgore, Eugene S. (Saugventil) 677.
Killick, Charles (Starextraktionen) 63.
Kingsbury, W. N. (Morbus Basedowii) 258.
Kirch, Eugen (Pseudotuberkulose) 669.
Kirchner, Karl (Ohrschußverletzung) 103.
Kirmisson (Hüftgelenksluxation) 711.
— et Bailleul (Zehendeformitäten) 488.
— E. (Ellenbogenbrüche) 709.
— — (Epigastrische Hernien) 187.
— — (Kiefergelenksankylose) 249.
— — (Peritonitis tuberculosa) 186.
— — (Schulterblatthochstand) 131.
Kirschner (Gasphlegmone) 635.

Kirschner (Kriegschirurgische Erfahrungen) 720, 722.
Kirstein, F. (Gynäkologische Röntgentherapie) 531.
Kisch, Bruno (Narkose) 556.
— Eugen (Äthertropfnarkosen) 330.
— H. A. (Meningocele) 419.
Kittsteiner, C. (Schweißdrüsenphysiologie) 665.
Klapp (Tonsillektomie) 739.
— (Überdruckapparat) 726.
— Rudolf (Physiologische Chirurgie) 777.
Klauser, R. (Plexusanästhesie) 725.
Klausner, E. (Zungenkrebs) 571.
Kleinschmidt, O. (Laparotomienachbehandlung) 37.
Kljutscharew, S. (Harnröhrenplastik) 768.
Klopfer, E. (Ulcus pylori perforativum) 518, 693.
Klose, Heinrich (Basedowsche Krankheit) 258.
— — s. Lampé, Eduard 20.
Knape (Pankreashämorrhagie) 603.
Knapp, Mark J. (Magendarmkanalerkrankungen) 514.
Knopf, S. Adolphus (Pneumothorax) 689.
Koch (Pneumothorax) 582.
Kocher, Theodor (Tetanus) 282.
Köhler, A. (Zwergwuchs) 238.
— Alban (Röntgentherapie) 178.
König (Knochen- u. Gelenktuberkulose) 623.
— Fritz (Elfenbeinimplantation) 715.
— — (Prostatahypertrophie) 382.
Körte (Pankreatitis) 761.
— W. (Gesichtsschädelfraktur) 291.
Koga, G. (Spontangangrän) 231, 386.
Kohl (Diaphysenschußfrakturen) 722.
Kolb (Pylorusumschnürung) 756.
— K., und K. Laubenheimer (Tetanusbehandlung) 398.
Kolde, Wolfgang (Nebennierenveränderungen) 605.
Kolinski, Jósef (Serviettenhalter) 561.
Kolischer, G. (Prostatektomie) 835.
Kondring, Heinrich (Chlormetakresol) 414.
— — (Magencystosarkom) 518.
Koplik, Henry (Pylorospasmus) 266.
Korneff, P. (Fascientransplantation) 538.
Korsch (Kriegschirurgie) 724.
Kosokabe, H. (Gehörorganmißbildung) 339.
Kostlivy (Herznaht) 438.
Kotzenberg (Schilddrüsentransplantation) 576.
Krabbel, Max (Tuberkelbacillen) 7.
Kraemer, A. s. Vogel, K. 412.
Krassin, P. M. (Schädelbasisfibrome) 417.
Kraus, Fritz (Ulcusperforationen) 455.
Krause (Krebsbekämpfung) 94.
— F. (Gehirnchirurgie) 734.
— — s. Oppenheim, H. 419.
Krecke, A. (Appendicitis) 758.
Kredel, L. (Kieferspalten) 250.
Kreglinger, G. (Bronchialcarcinom) 35.
Krémer, O. s. Hougardy, A. 794.
Kretschmer, Hermann L. (Nierenblutung) 124.
— — — (Nierensteine) 706.
Kretz, R. (Lungenembolielokalisation) 71, 580.
Kreuzfuchs, Siegmund (Ulcus duodeni) 594.
— — s. Glaessner, Karl 517.
Krische, K. (Krebs und Tuberkulose) 93.
Krönig s. Aschoff 325.
— und Gauss (Strahlentherapie) 384.
Kroh, Fritz (Ischämische Muskellähmung) 137.
Kronecker, Franz (Röntgenaufnahmen) 726.
Krotoszyner, M., and George W. Hartman (Blutkryoskopie) 192.
Krüger (Appendixausschaltung) 76.
— (Infiltrationsanästhesie) 789.
— (Prostatahypertrophie) 382.
— Erich (Larynxtumoren) 68.
Krumbholz, Sigmund (Encephalitis) 679.
Krylow, B. (Trypsin) 813.
Krymow, A. P. (Coopersche Hernie) 447.
Kryński, Leon (Kolonkrebs) 653.
— — (Trigeminusneuralgie) 250.
Kümmell (Intravenöse Äthernarkose) 556.
— (Bauchfelltuberkulose) 588.
— (Herzmassage) 558.
— (Schicksal der Nephrektomierten) 765.
— (Oesophaguscarcinome) 745.
Künne, Bruno (Hüftgelenkverrenkung) 311.
— — Osteotomie) 247.
— — (Radiusluxation) 84.
Küster, Hermann (Tampondrainage) 263.
Küttner (Hirntumoroperationen) 733.
Küttner (Transplantation) 773.
— (Ulcus duodeni) 754.
— Hermann (Fettnekrose) 36.
— — Hyomandibularfistel) 427.
Kugel, L. (Ectropium senile) 337.
Kuhn (Asphyxien) 558.
— F. (Hochdruckmassage) 561.
— Fr. (Kochsalzinfusionen) 290.
Kulenkampff, D. (Magenperforation) 154.
Kunze, Otto (Gewebsembolien) 4.
Kusama, Shigeru (Toxische Thrombose) 490.
Kutscher (Bolusseife) 641.
Kutschera, Adolf (Kropfätiologie) 345.
Kutvirt (Zungenphlegmonen) 505.
Kyritz s. Assmy 636.

Labeau, Roger (Zeigefingerluxation) 232.
Labouré (Vomergeschwülste) 64.
— J. (Wrightsche Vaccination) 569.
Lacaille, E. (Frakturen) 772.
— — (Mammacarcinom) 432.
Ladd, W. E. (Gallengiftwirkung) 273.
Läwen (Trendelenburgsche Operation) 748.
— A. (Extraduralanästhesie) 18.
— — (Myelocystocelen) 583.
— — und R. Dittler (Bakterientoxine) 492.
La Fétra, L. E. (Chondrodystrophie) 4.
Lafforgue (Nebenniereninsuffizienz) 468.
Lafond-Grellety (Elektrolyse) 209.
Lagarde (Paraffinprothese) 422.
Lambert, Robert A., und Frederick M. Hannes (Gewebskulturen) 313.
Laméris, H. J. (Leistenbruch) 362.
Lampé, Eduard, und Heinrich Klose (Molyform) 20.
Lamy, L. s. Calve, Jacques 342.
Lance, M. (Coxa valga) 134.
— — (Typhöse Darmperforation) 118.
— — (Hüftgelenksverrenkung) 533.
— — (Plattfuß) 712.
— — (Chirurgische Tuberkulose) 173.
Landau et van Duyse (Sympathicusneuroblastome) 507.
— M. (Nebennierenrinde) 374.
— Moritz (Epitheliome) 54.
Lando, M. E. (Epipharynxröntgenologie) 506.
Landouzy et Marcel Pinard (Leukoplasie) 149.
Lane, W. Arbuthnot (Obstipationsbehandlung) 700.

Langbein, R. (Ischiasbehandlung) 199.
Lange (Kleinhirntumoren) 335.
Langes, Erwin (Ligamenta rotunda) 129.
Langlois, J.-P. s. Binet 434.
Lapeyre, L.-N. (Chronische Appendicitis) 699.
— N. (Nierendekapsulation) 765.
— Noël (Intrathorakale Chirurgie) 687.
Lapham, Mary E. (Pneumothorax) 688.
Laporte (Blasenfremdkörper) 659.
Lara, Antonio (Colitis) 225.
Lasagna, Francesco (Augenhöhlenabsceß) 502.
Lastaria, F. (Unterbindung) 145.
— Francesco (Blasenektopie) 707.
— — (Krebschirurgie) 786.
Lastotschkin, S. (Appendicitis) 758.
Latham, L. S. (Intravenöse Hedonalnarkosen) 410.
Lattes, Leone (Pankreasvergiftung) 274.
Laubenheimer, K. s. Kolb, K. 398.
Lauenstein, C. (Blasenzerreißung) 307.
— — (Großhirnschußverletzung) 251.
Laureati, Francesco (Kleinhirntumor) 567.
Laurenti, Temistocle (Lumbalpunktion) 255.
— — (Thoraxsarkom) 686.
Lawner, S. (Ohrenradikaloperation) 103.
Lawrow, W. (Pleuraempyem) 298.
Lawrowa (Knochenhöhlen-Transplantation) 233.
Lebedjew s. Waljaschko 222.
Leblanc s. Sicard 642.
Lebon et P. Aubourg (Dickdarmreflexbewegungen) 461.
Le Bourdellès, B. s. Piéry, M. 184, 437.
Lecène, P. (Nierenbeckenleukoplasie) 377.
Leclercq, J., A. Guénez et C. Noailles (Automatische Pistolen) 327.
Le Dentu (Patellafrakturen) 631.
Lederer, Max s. Blatteis, S. R. 645.
Ledermann, Paul (Kehlkopfcarcinom) 575.
Loers, Otto (Gerichtsärztliche Untersuchungen) 667.
Lefèvre s. Chavannaz 292.
— H. (Blasenulcus) 230.
— — (Sanduhrmagen) 187.
— — (Wangenplastik) 563.
Le Filliatre, G. (Rückenmarksanästhesie) 244.
— — (Durchsichtiger Verband) 499.
Leggett, Thomas H., und Joseph Lintz (N.-femoralis-Varietät) 484.
Legrand (Kriegschirurgie) 176.
Legras s. Dufour, H. 811.
Legueu (Ambardkonstante) 656.
— (Tuberkulöse Cystitis) 126.
— (Nierenchirurgie) 611.
— Prostatektomie) 614.
— F. (Perivesical-Phlegmone) 197.
Lehmann, Franz (Klimakterische Blutungen) 197.
Lejars (Kniescheibenbrüche) 534.
— (Ostitis chronica hypertrophica) 632.
— F. (Femursuprakondylärbruch) 485.
— — (Osteome) 279.
Le Jeune, Paul (Rinolith) 569.
— — (Direkte Tracheoskopie) 684.
Leighton, Adam P. (Irrigator) 332.
— W. E. s. Loeb, Leo 205.
Lelièvre, Aug. s. Ketterer, Éd. 509.
Le Moniet (Ovarialfibrom) 385.
Lenartowicz, J. T. (Gonorrhöelokalisation) 276.
Lenger (Leberechinococcuscyste) 601.
— L. (Mesenterialfibrom) 265.
Lengyel, Arpád (Tonsillektomie) 740.
Lenormant, Ch. (Subdurale Blutungen) 23.
— — (Duodenalpapillencarcinom) 273.
— — (Elephantiasisbehandlung) 84.
— — (Hypophysenchirurgie) 796.
— — (Kröpfe) 429.
— — (Speicheldrüsen) 739.
Lenzmann(Brustkorbquetschung 350.
Leonoff, A. (Augenverletzungen) 502.
Leotta, Nicola (Mesenterialgefäßobliterationen) 585.
Lépine, R., et Boulud (Nierenabsonderung) 606.
Lerda, Guido (Meloplastik) 254.
Lereboullet, Pierre (Kinderappendicitis) 155.
Léri, André (Pagetsche Krankheit) 129.
Leriche, R. (Tabische Krisenbehandlung) 507.
— — s. Cade, A. 181.
— René (Heliotherapie) 247,791.
Leroux, Robert (Direkte Laryngoskopie) 508.
Le Roy des Barres (Arteria coronaria ventr.) 596.
Leschke, Erich (Geschwulstdiagnostik) 784.
Lesné (Pagetsche Krankheit) 234.
Lésniowski, Antoni (Volvulus) 652.
Lessing (Oberkieferosteomyelitis) 678.
Letulle, Maurice (Cholangiektasien) 273.
Leuenberger, S. G. (Blasengeschwülste) 275.
Leuret, E. (Pneumothorax) 688.
Levaditi, C. s. Comandon, J. 393.
— — et St. Mutermilch (Ricineinfluß) 665.
Levi, Ernesto (Innere Sekretion) 543.
Levin, Ernst (Cholocele) 692.
Levison, Charles G. (Postoperative Acidose) 314.
— — — (Hämorrhagiebehandlung) 541.
Levy, Richard (Aktinomykose) 93.
Lévy-Bing, A., et Louis Duroeux (Hyperostosen) 482.
Lewandowsky, M., und A. Simons (Zentralwindungsphysiologie) 147.
Lewenstern, E. (Micrococcus tetragenus) 668.
Lewicki, Z. (Darmfistel) 113.
Lewin, Alex. v. (Pestepidemiologie) 53.
— Arthur (Blasengeschwülste) 658.
— Carl (Geschwulstätiologie) 239.
— — (Tiergeschwülste) 323, 552.
Lewis, Robert M. s. Kelly, Howard A. 767.
Lewisohn, Richard (Oesophagoskopie) 109.
Lewy, J. (Angeborene Skoliosen) 573.
— — (Syringomyelie) 554.
Lexer (Ideale Aneurysmaoperation) 775.
— (Gelenkautoplastik) 842.
— (Gelenktransplantation) 773.
Ljanda, A., und N. Uspensky (Diphtherie) 803.
Lidski (Gangränbehandlung) 536.
Liébault, G. (Oesophagusfremdkörper) 511.
Liégard, H. (Hornhautnaht) 337.
Liermann, W. (Wundbehandlung 676.
Lillo, G. de (Radium) 562.
Lindemann, August (Nierenbeckenentzündungen) 470.

Lindig, Paul (Tumorenserumdiagnose) 495.
Liniger (Bicepsriß) 626.
Lintz, Joseph s. Leggett, Thomas H. 484.
Lipowski (Magenkrebs) 749.
Lippens, Adrien (Bauchfellphysiologie) 112.
— — (Leber- und Lungenabsceß) 464.
Lipschütz, B. (Maligne Tumoren) 552.
Lisbonne, M. s. Hédon, E. 603.
Lisjansky und Ljudkewitsch (Lebercyste) 226.
Little, E. Muirhead (Skoliosebehandlung) 798.
— Herman C. (Lipomyxom) 670.
Ljudkewitsch s. Lisjansky 226.
Lizcano, D. Policarpo (Adnexerkrankungen) 385.
Lloyd, Samuel (Ulcus ventriculi) 591.
Loaec s. Rendu, André 536.
Lobenhoffer (Niereninnervation) 763.
— W. (Scapularkrachen) 843.
Loeb, Leo, Moyer S. Fleisher, W. E. Leighton and O. Ishii (Mäusegeschwülste) 205.
— — H. N. Lyon, C. B. McClurg and W. O. Sweek (Krebsbehandlung) 205.
— — George T. Moore und Moyer S. Fleisher (Tumorenuntersuchung) 54.
Löhlein, M. (Krebsgeschwülste) 402.
Loewenstein, E. (Hemmungsmißbildungen) 770.
Löwenstein, E. (Hodentuberkulose) 617.
— S. (Krebskrankheit) 325.
Lofton, Lucian (Eisenbahn-Chirurgie) 671.
Lombard, P. s. Curtillet, J. 203.
Lombardo, G. (Lungencarcinom) 262.
Lomon (Gallensteinröntgenaufnahme) 464.
— (Nierenröntgenaufnahmen) 470.
Long, Esmond R. s. Wells, H. Gideon 206.
Loose, Otto, und Erich Steffen (Harnröhrenendoskopie) 659.
Lopez (Traumatisches Magengeschwür) 651.
Lorenzini, Aldo (Abdominaltumoren) 359.
Lothrop, Howard A. (Darmfistelbehandlung) 382.
— — — (Hypospadie) 127.
Lotsch (Bulgarisches Kriegssanitätswesen) 787.
Lotsch (Schußverletzungen der Blutgefäße) 722.
— (Spitzgeschoß) 555.
Loumaigne, J.-P.-S. (Parotistuberkulose) 504.
Loumeau (Blasenfistel) 247.
— E. (Urethralgeschwulst) 196.
Loup, Fritz (Suprarenine) 244.
Lovell, A. G. Haynes (Aktinomykose) 495.
Lowenburg, H. (Typhöse Gallenblaseninfektion) 602.
Lower, William E. (Ureteranomalie) 228.
Lowsley, Oswald S. (Prostata) 528.
Lozano, D. Ricardo (Gelenktuberkulosen) 237.
— R. (Tuberkulöse Arthritis) 686.
— — (Ellenbogentuberkulose) 709.
— — (Handgelenkstuberkulose) 710.
Lube, F. (Epileptiforme Anfälle) 179.
Lucas, H. (Fascienplastik) 396.
— — (Herzchirurgie) 151.
Lucas-Championnière, J.-M. (Kriegschirurgische Erfahrungen) 14.
Lucchi, G. de (Hysterie) 166.
Luckett, William H. (Kniescheibenbandzerreißung) 168.
Ludwig, Eugen (Mesenteriales Adenomyom) 585.
Lübbers, Karl (Hirnabsceß) 209.
Luger, Alfred (Tumoren der Nieren) 473.
Luke, H. Clifton (Insufflationsnarkose) 410.
Lundgreen, M., A. Schéle und B. Svedin (Lokalanästhesie) 675.
Lusk, William C. (Stercoralfisteloperation) 56.
Lutz, A. (Oberlidmitbewegung) 24.
Luys, Georges (direkte Cystoskopie) 526.
— — (Samenkanälchen-Katheterismus) 837.
Luzzatti, T. (Dysthyreosis) 106.
— — (Thymushypertrophie) 107.
Lyle, H. H. M. (Pseudarthrosen) 242.
Lynch, Jerome M. (Extraduralanästhesie) 498.
Lyon, G. (Sauerstoffsubcutaninjektionen) 778.
— Gaston (Darmspasmen) 453.
— H. N. s. Loeb, Leo 205.

Maas, Otto (Kleinhirnerkrankung) 642.
Maass (Kongenitale Vorderarmsynostose) 533, 844.
MacCallum, William G. (Tetanie) 578.
McCarrison, Robert (Kropf) 296.
McClurg, C. B. s. Loeb, Leo 205.
McCollum, E. P. (Notoperationen) 667.
McConnell (Mäusecarcinom) 552.
— — A. Bonner (Darmverschluß) 649.
— — Guthrie s. McFarland, Joseph 552.
McCurdy, Stewart L. (Z.-Plastik) 316.
Macdermot, H. E. (Skoliosebehandlung) 645.
Macewen, John A. C. (Bauchstichverletzung) 75.
McFarland, Joseph, and Guthrie
M'Gannon (Knochenentzündung) 778.
McGavin, Lawrie (Coecotomie) 120.
— — (Filigrannetze) 265.
McGlannan, Alexius (Ileus) 810.
McGuire, Edgar R. (Dünndarmresektion) 223.
— R. Clark (Knochenmarksentzündung) 53.
Mackay, George s. Cotterill, J. M. 338.
MacKee, George M., and John Remer (Hautcarcinomröntgenbehandlung) 786.
McKenna, C. Hugh (Halsrippe) 682.
— Robert, W. s. Stopford-Taylor, G. G. S. 333.
McKenzie, Dan (Osteomyelitis) 234.
McKisack, H. L. (Morbus Basedowii) 296.
MacLaurin, C., (Arteriennaht) 711.
MacLennan, A. (Pankreatitis) 78.
MacNider, Wm. de B. (Gréhants Anaestheticum) 638.
McWilliams, Clarence A. (Nasenersatz) 568.
Madon, J. s. Marquès, H. 139.
Magaudda, Paolo (Aneurysmen der A. subclavia) 532.
Magni, Egisto (Fibrosarkomatose) 554.
Magnus (Zucker-Wundbehandlung) 790.
— Georg (Zucker-Wundbehandlung) 331.
Maier, G. (Sondenernährung) 57.
Majewski, Adam (Lungenemphysem) 647.
Malan, Arnaldo (Mandelabtragung) 571.
Malcolm, John D. (Darmgangrän) 189.
— — — (Hydronephrose) 609.

Malis, N. M. (Plattfuß) 535.
Maljutin, E. N. (Nasendeformitätkorrektur) 293.
Malkow und Dietrich (Sanduhrmagen) 364.
Malling, Knud (Traumatische Kyphose) 104.
Mancini, Ugo (Durasinusthrombose) 642.
Manges, Morris (Tumoren bei Diabetikern) 671.
Mann, Ludwig (Muskelatrophien) 416.
Mantegazza, Carlo (Verletzungen) 497.
Mantelli, Candido (Hernia pectinea) 221.
— — (Nierentransplantation) 304.
Manwaring, J. G. R. (Jochbein-Depressionsfrakturen) 333.
— Wilfred H., and J. Bronfenbrenner (Tuberkelbacillenlysis) 810.
Marburg, Otto (Zirbeldrüsenerkrankungen) 23.
Marcellos, D. G. (Schädelbasisfibrome) 728.
Marchais, Paul (Hydronephrosebblutungen) 472.
Marchetti, Giovanni (Vena saphena-varix) 845.
Marcora, Ferruccio (Gallenblasentumor) 465.
Marcus (Muskeldystrophie) 90.
Maresch, Rudolf (Appendixcarcinome) 119.
Marfan, A. B., et A. Baudouin (Pylorusstenose) 267.
Margulis, M. S. (Gliomatose) 566.
— — — (Großhirncysticerken) 565.
Marie (Schädelknochenwucherungen) 500.
— A. (Nebennieren) 375.
— René, et H. Rouèche (Hämoglobinurie) 281, 657.
Marine, David (Thyreoideageschwulst) 429.
— — and A. A. Johnson (Thyreoideacarcinom) 805.
Marion, G. (Cystoskop) 561.
— — (Cystoskopie) 659.
— — (Hypospadie) 277.
— — (Luftembolie) 230.
— — (Nierentuberkulose) 380.
Mark, Ernest G. (Suprapubische Urinentleerung) 642.
Marquès, H. (Lupus) 238.
— — J. Madon et L. Pech (Zinkion) 139.
— — et A. Peyron (Akromegalie) 24.
Marshall, George Morley (Nasenoperationen) 180.
Marsiglia, G. (Polydaktylie) 392.
Marsili, Ettore (Bicepsruptur) 844.
— — (Speiseröhrennaht) 261.
Martin, Clarence (Prostatektomie) 834.
Martinet, Alfred, et Francis Heckel (Sauerstoffinjektionen) 634.
Martinez, A. (Coxitis) 280.
— — (Sehnentransplantationen) 629.
Martini (Granuloma venereum) 547.
Martius s. Blecher 613.
— K. (Sympathoblastentumor) 801.
— — (Urogenitalmißbildung) 111.
Martyn, H. L. (Splenitis) 158.
Marx, H. (Mundadenom) 681.
Mason, E. M. s. Mason, J. M. 191.
— J. M., and E. M. Mason (Pankreascyste) 191.
Massey, G. Betton (Ionensterilisierung) 238.
Massini, Luigi (Akromegalie) 212.
Masson, P. (Mediastinalteratom) 690.
Mathies, Alfred (Neuromyxofibrosarkomatose) 785.
Matsuoka, M. s. Hayashi, K. 774. 846.
Matthews, A. C. (Gastrotomie) 302.
Matthey, Alfred L. (Adnexhernien) 452.
Matti, Hermann (Thymuspathologie) 70.
Mauban, H. (Cholelithiasis) 654.
Mauclaire (Subphrenischer Absceß) 220.
— (Blasenscheidenfistelbehandlung) 619.
— (Gangrän) 714.
— (Kniegelenksdistorsionon) 391.
— (Lungenembolien) 137.
— (Megacolon) 825.
— (Ostitis) 405.
— (Panaritium) 202.
— (Sporotrichose) 284.
Maugeais, Georges (Prostatektomie) 277.
Mauriac, Pierre s. Bitot, Emile 365.
Maurin, A. s. Chalier, André 140.
May s. Brocq 536.
Maybaumm, Josef (Hämorrhoidalknoten) 826.
Mayer, Clifford (Mastdarmdefekt) 461.
— L. (Appendicitis) 119.
— Leo (Tibiasubluxation) 664.
Mayesima, J. (Erythromelalgie) 800.
Mayet (Coxa vara) 533.
Mayo, Charles H. (Hufeisennierenchirurgie) 829.
— William J. (Dickdarmchirurgie) 271.
— — — (Traumatische Krebsimplantation) 496.
— — — (Milzchirurgie) 655.
Mazel, P., et J. Murard (Sublimatnephritis) 304.
Meerdervoort, N. J. F. Pompe van (Sublimatintoxikation) 676.
Mees, Richard (Kleinhirnexstirpation) 147.
Mehliss, (Trivalin) 639.
Meisel (Epilepsie) 731.
— (Kropf) 684.
— (Narkose) 556.
Meisen, J. (Eusemin) 560.
Melchior, Eduard (Enge des Aortensystems) 138.
— Lauritz (Hernia diaphragmatica) 749.
— — (Magentuberkulose) 459.
Melnikoff, A. (Harnleiterersatz) 161.
Meltzer, S. J. s. Wollstein, Martha 746.
Ménard, V. (Knochen- und Gelenktuberkulose) 172.
Mencière, Louis (Tuberkulosenbehandlung) 321.
Mende, Roman v. (Elliotsche Trepanation) 63.
Mendel, Kurt (Lateralsklerose) 285.
Mennell, James B. (Verletzungen-Behandlung) 142.
Menuet, F. s. Mercier, R. 285.
Mercier, R. (Echinokokkencyste) 749, 810.
— — et F. Menuet (Carcinom) 285.
Merian, Louis (Leprabacillen) 295.
Mériel s. Béclère 119.
Merkel, Curt (Molluscum contagiosum) 633.
Merle, E. (Tetanus) 493.
Merrem (Appendicitis) 821.
Mertens (Hirnchirurgie) 735.
Méry, H., H. Salin et A. Wilborts (Hämophilie) 663.
— — — — (Parameningokokkus) 251.
Merzbacher, L., und Mariano R. Castex (Rückenmarkfibrom) 801.
Mesdag, T. M. s. Nyhoff, G. C. 709.
Mex, P. (periodontische Erkrankungen) 570.
Meyer, Adolf (Schilddrüsengeschwülste) 348.
— Arthur (Pharynxtuberkulose) 572.

Meyer, Arthur W. (Nervenleitungsanästhesie) 787.
— Oskar (Thyreoiditis) 31.
— Oswald (Hirschsprungsche Krankheit) 370.
— — (Scharlachepityphlitis) 519.
— W. R. (Dünndarminfarkt) 518.
— — —(Gehirn-Cholesteatome) 292.
— Willy (Appendix-Riesenmucocele) 271.
— — (Oesophagoplastik) 458.
Mjassnikoff, W. (Pneumatosis cystoides intestinorum) 597.
Michaelsen, U. (Otitische Hirnabscesse) 420.
Michejda, C. (Mesbétuberkulosebehandlung) 549.
Micheleau, E. (Gallensteinileus) 191.
Michelowsky, Mathilde s. Chiray, M. 86.
Michelsson, N. M. (Volvulus) 826.
Michon (Harnröhrenverletzung) 307.
Mieczkowski, Leon (Entzündliche Bauchgeschwülste) 648.
Mieremet, C. W. G. s. Negri, Ernestine de 495.
Miláček (Mundhöhlenfremdkörper) 506.
Miles, W. Ernest (Mastdarmkrebs) 225.
Miller, J. W. (Dermatitis) 239.
Milligan, E. T. C., and F. Hobill Cole (Intussusception) 264.
— William (Otogene Meningitis) 738.
— — (Meningitisbehandlung) 210.
— — (Tuberkulöse Ohrerkrankung) 681.
Million s. Siredey, A. 800.
Min, E. (Nebenniereninsuffizienz) 374.
Miramond de la Roquette (Kriegsverletztenbehandlung) 787.
Mitchell, Charles F. (Herzstich) 262.
— T. J. (Nervenchirurgie) 201.
Miyauchi, K. (Varicen) 535.
Mocquot, Pierre (Mastdarmpolypen) 826.
Modena, Gustavo (Gehirndefekt) 292.
Möhring, P. (Klumpfußverband-Technik) 58.
Möller, Poul (Gallensteinileus) 691.
Mohr, Richard s. Dittler, Rudolf 220.
Molineus (Choledochusersatz) 602.
— (Cleidoplastik) 310.
Momburg (Fußarchitektur) 312.
— (Intraperitoneale Ölanwendung) 587.
Monier-Vinard et Donzelot (Pneumokokkenmeningitis) 427.
Monnier, E. s. Prutz, W. 440.
Monogenow (Knotenkröpfe) 509.
Monprofit (Balkankrieg) 329.
Montet s. Veau 307.
Montgomery, Charles M. (Pneumothorax) 582.
— Douglass W. (Unterlippenseborrhöe) 254.
— E. E. (Beckenbodenhernie) 186.
Moody, D. W. Keiller (Analfistel) 702.
Moore, George T. s. Loeb, Leo 54.
— W. (Hedonalnarkose) 410.
Moral, Hans (Glandula submaxillaris) 340.
— — (Parotis) 340.
Morales, A. (Orthopädie) 316.
Moraux, René (Hypopharyngoskopie) 801.
Morax, V. (Sporotrichosis) 680.
Moreau (Rectummelanosarkom) 272.
— J. (Oberschenkelkontraktur) 630.
— — (Tibiafrakturen) 776.
Morel, L. (Epithelkörperchen-Insuffizienz) 508.
— — (Nebenschilddrüse) 347.
Morel-Lavallée (Serumtherapie) 549.
Morelle, A. (Epitheliom) 563, 568.
— — (Narbenkontrakturoperation) 801.
Morestin, H. (Bauchfellspülung) 361.
— — (Brustschuß) 350.
— — (Echinokokkuscyste) 151.
— — (Epispadie) 618.
— — (Extremitätenmißbildung) 198.
— — (Kopfschuß) 179.
— — (Lippencarcinom) 644.
— — (Nasendeformität) 102.
— — (Nasenmißbildung) 102.
Morgan, James Dudley (Hodgkinsche Krankheit) 322.
— William E. (Formalin) 415.
Morgenstern, Kurt (Interphalangealgelenk-Ankylosen) 133.
Mori, Takeyoshi (Schilddrüsengeschwulstmetastasen) 31.
Moritz, Manfred s. Wrigley, P. R. 190.
Morone, Giovanni (Choledochotomia transpancreatica) 372.
— — s. Tansini, I. 299.
Morton, Charles A. (Hüftgelenksresektion) 390.
Moschcowitz (Kleinhirncyste) 252.
Moschcowitz, A. V. (Leber-Magenbandverletzung) 264.
Mosenthal, A. (Oberschenkelfixation) 58.
Mosny, Javal et Dumont (Hydronephrose) 305.
Mosti, Renato (Handluxationen) 663.
Moszkowicz, L. (Gangraena pedis) 664.
Mott, F. W. (Schädelverletzungen) 146.
Motzfeld, Ketil (Zwerchfelleventeration) 264.
Mouchet (Os tibiale externum) 632.
Mouisset, F., et J. Gaté (Bauchfelltuberkulose) 812.
Moure, P. s. Cruet, P. 391.
Moutot, H. s. Nicolas, J. 544.
Moynihan, Sir Berkeley (Gallensteine) 78.
— — — (Ulcus duodeni) 753.
Much, Hans (Anaphylaxie) 543.
— — (Hodgkinsche Krankheit) 203.
Mühsam (Harnröhrendefekt) 769.
— (Schußverletzungen des Nervensystems) 721.
— Richard (Balkankrieg) 554.
Müller (Gasphlegmone) 635, 781.
— (Plattfußbehandlung) 776.
— Berthold (Thymustod) 431.
— Christof (Krebsröntgenbehandlung) 326.
Mueller, George P. (Infektion) 234.
Muggia, Alberto (Meckelsches Divertikel) 596.
Mummery, P. Lockhart (Kinderbauchchirurgie) 263.
Munoz (Wanderniere) 705.
Murard, J. s. Chalier, André 80.
— — s. Mazel, P. 304.
— — s. Violet, H. 839.
— Jean (Nephrotomie) 471.
Muren, G. Morgan (Prostatektomien) 708.
Muroya, S. (Novocain bei Paravertebralinjektion) 788.
Murphy, Fred T. s. Pratt, Joseph H. 523.
— John B. (Knochenneubildung) 90.
Murray, John s. Wynter, W. Essex 221.
— R. W. (Bruchsackcystenätiologie) 516.
— — — (Dickdarmdivertikel) 369.
Muskens (Traumatische Epilepsie) 731, 732.
Mutermilch, S. s. Comandon, J. 393.
— St. s. Levaditi, C. 665.
Muzj, Antonio (Milz) 604.

Muzi, Saturno (Knochennaht) 416.

Naegeli, Th. (Pleuraresorption) 511.
Nageotte - Wilbouchewitch (Patellarluxation) 534.
Nagy, S. (Pankreasentzündung) 374.
Nardi, Antonio (Pneumothorax) 262.
Nassetti, Francesco (Geschwulstübertragung) 324.
Navarro, Alfredo (Hirschsprungsche Krankheit) 700.
Navratil, Didier de (Tracheotomie) 427.
Neel, Axel V. (Neurosen) 98.
Negrete, C. (Harnretention) 529.
— Carlos (Blasenpapillom) 229.
Negri, Ernestine de, und C. W. G. Mieremet (Malignes Granulom) 495.
Neil, William F., and Frederick Crooks (Plexusanästhesie) 288.
Nerger (Mastoiditis) 103.
Nespor (Patellarefrakturen) 199.
Neu, Heinz (Tuberkuloseröntgenbehandlung) 399.
Neudörfer, A., (Pylorospasmus) 693.
— Arthur (Fascientransplantation) 5.
Neugebauer, Friedrich (Appendixausschaltung) 76.
Neumann, A. (Netzmanschette) 593.
— Alfred s. Polacco, Andreas 810.
— Friedrich (Gaumendefekte) 341.
— Walter (Hasenscharten) 505.
Neustab (Wandernieren) 526.
Nicloux, Maurice, et Victoire Nowicka (Harnblasenabsorptionsfähigkeit) 833.
— — (Harnblasenresorptionsfähigkeit) 473.
Nicolai, Vittorio (Nasennebenhöhlen) 796.
Nicolas, J. s. Durand, M. 276.
— — H. Moutot et J. Gaté (Streptokokkenpyämie) 544.
Nicolich (Luftembolie) 229.
— Giorgio (Harnblasenexstirpation) 381.
Nicoll, Jas. H. (Hydrocele) 230.
Nicosia, S. (Rückenmarksanästhesie) 411.
Nikitin (Gallengängekrebs) 465.
Noailles, C. s. Leclercq, J. 327.
Nobe (Kahnbeinluxation) 88.
Nobel, Edmund s. Hecht, Adolf F. 497.
Noel, H., and H. S. Souttar (Paraldehydinjektionen) 16.
Nogier, Th. (Nierenuntersuchung) 607.
— — (Röntgendurchleuchtung der Nieren) 375.
— — et Cl. Regaud (X-Strahlen) 21.
Noland, Lloyd (Hämorrhoidenoperation) 463.
— — and Fred C. Watson (Malariamilzruptur) 79.
Nolf, P. (Blutgerinnung) 169.
Nolhia, H. (Serumtherapie) 395.
Nonne, M. (Cerebralsyphilis) 336.
Nordentoft, Severin, und Jacob Nordentoft (Suppurative Chondritis) 666.
— — — — (Fractura vertebrae) 26
Nordmann (Transjejunale Hepaticusdrainage) 702.
— (Pankreasnekrose) 704.
— O. (Meltzersche Insufflation) 287.
Nowicka, Victoire s. Nicloux Maurice 473, 833.
Nowicki (Leberabscesse) 827.
— s. Berlstein, J. 735.
— W. (Nebennieren) 655.
Nyhoff, G. C., en T. M. Mesdag (Inversio uteri) 709.

Obarrio, P. de (Orbitalgeschwülste) 337.
Oberländer, F. M. (Urethroskopie) 477.
Oeconomos, Sp. N. s. Chauvin, E. 491.
Oehlecker (Tabische Gelenkerkrankungen) 775.
— (Röntgenbilder) 678.
— (Röntgenkassette) 208.
— F. (Knochen- und Gelenktuberkulose) 236.
— — (Nebennierentumoren) 605.
Oehler, Johannes (Basedowstrumahistologie) 347.
d'Oelsnitz (Heliotherapie) 38.
Oeri, Felix (Bronchusperforation) 510.
Oertel (Ohrtuberkulose) 504.
Oesterlen, O. (Rückenmarksschußverletzung) 256.
Oettingen, v. (Infektion im Kriege) 719.
Ogata, M. (Rachitis) 4.
— Tomosaburo (Ikterus) 78.
— — (Experimentelle Lebercirrhose) 520.
Ohmacht, V. (Kehlkopftuberkulosebehandlung) 575.
Okouneff, V.-N. (Rachenfibrosarkome) 424.
Oldenborg, Hugo A. (Bauchorganptosis) 299.
Oliva, C. (Narkoseneinfluß) 207.
Oliver, Paul (Pseudohermaphroditismus) 661.
Olivier, R. s. Desgouttes, L. 619, 657.
Ollerenshaw, Robert (Nierensteine) 125.
Ombrédanne (Epitrochleabruch) 483.
O'neil, R. F. (Harnblasentumoren) 613.
Onimus (Leukocyten) 633.
Onodi, Ladislaus (Stirnhöhlenanatomie) 63.
Onorato (Pseudarthrosenbehandlung) 206.
Openshaw, T. H. (Frakturen) 95.
Oppel, W. A. (Wietingsche Operation) 531.
— — (Zwerchfellresektion) 514.
Oppenheim (Hirnchirurgie) 737.
— H., und F. Krause (Kleinhirngeschwulst) 419.
— Hermann (Hirngeschwülste) 23.
Oppenheimer, Rudolf (Pyelitis) 525.
— Seymour (Nasennebenhöhlen) 421.
Ornstein, Otto s. Bernhardt, Georg 7.
Orth s. Güsbeck 748.
— J. (Tuberkulöse Réinfektion) 322.
— Oskar (Magenvolvulus) 590.
Orthner, Franz (Pfählungsverletzungen) 206.
Oser, E. G., und Egon Ewald Pribram (Geschwulstexperimente) 10.
Ottow, Benno (Urethralcarcinom) 196.
Owen, Edmund (Appendicitis) 224.
Ozaki, Y. (Alkoholdesinfektion) 143.

Packard, Geo. B. (Hüftgelenkentzündungsbehandlung) 485.
— Horace (Krebsätiologie) 401.
Padgett, F. J. (Aktinomykosis) 495.
Pässler, H. Tonsillektomie) 424.
Page, H. M. (Stickoxydul-Sauerstoffnarkose) 724.
Pagenstecher, E. (Gastropexie) 40.
Paglione, Vincenzo (Äußere Pankreassekretion) 523.
Pakowski, Jean (Handgelenksganglien) 627.
Palazzo, Giuseppe (Arterienwiderstandskraft) 397.
Panting, Laurence C. (Bauchdeckenhalter) 331.
Pantzer, Hugo O. (Tuberkulöse Peritonitis) 515.
Pape, H. (Wismutvergiftung) 587.
Papin s. Alglave 608.

Pappenheimer, Alwin M. (Thymushistologie) 685.
Paraf s. Triboulet 22.
Parcelier, A. s. Charbonnel, M. 278.
Pari (Cerebrospinalflüssigkeit) 149.
Park, Francis E. (Seewasserinjektionen) 715.
Parker, Charles A. (Thymusdrüse) 259.
Parkes, Charles H. (Appendixoperationstechnik) 156.
Parlavecchio, G. (Pylorusausschaltung) 301.
Parrish, Robert C. (Radiuslängsfraktur) 311.
Passek (Ganglion Gasseri) 209.
Patek, Rudolf (Dünndarmsarkom) 365.
Patel et Viannay (Luxatio pedis) 136.
Paterson (Magenform) 814.
Patourel, G. (Hertzsche Schwingungen) 483.
Patterson, Norman (Ohrmuschelepitheliom) 797.
Pauchet, V. (Megasigmoideum) 120.
— Victor (Megacolon) 598.
Paul, F. T. (Epitheliom) 551.
Pautrier s. Brocq 536.
— L.-M. s. Brocq, L. 173.
Pawloff, A. (Akzessorische Harnleiter) 658.
Payr, E. (Hirnpunktion) 499.
— — (Pyelolithotomie) 833.
Peabody, A. H. s. Bond, E. D. 180.
Pech (Wundantisepsis) 415.
— L. s. Marquès, H. 139.
Peck, J. Wicliffe (Celluloidschienen) 21.
Pedersen, Victor Cox (Beleuchtungsapparat) 332.
— — — (Urethrale Steinbildung) 528.
Pekánovits, Stefan (Lungentuberkulosebehandlung) 435.
Pélissier, Georges (Bauchkompression) 444.
Pellegrini, Augusto (Äthertropfnarkose) 409.
Pellot et Pizon (Unterschenkelbrüche) 96.
Penkert, M. (Nierenenthülsung) 377.
Pepper, O. H. Perry, and J. Harold Austin (Phenolsulfophthaleinprobe) 375.
Péraire, Maurice (Appendicitis) 821.
Pérard (Ureterausschaltung) 609.
Perimoff (Ascitesbehandlung) 37.
Perimow (Gefäßanastomose) 231.
Perman, E. S. (Gastroptosisbehandlung) 456.
Pern, S. (Schilddrüseninsuffizienz) 576.
— Sidney (Thyreotoxis) 577.
Perrin (Angeborener Dünndarmverschluß) 452.
— E. s. Villard, E. 51.
— Emile s. Chalier, André 599.
— Marc (Coxa vara) 311.
Perthes (Osteochondritis) 774.
— (Plattfußbehandlung) 776.
Petersen, William (Oesophagusatresie) 433.
Petges, G., et Desqueyroux (Tuberkulose und Psoriasis) 493.
Petit de la Villéon, E. (Meningocele) 212.
Petrén, Gustaf (Lungenembolie) 687.
Petridis, Pavlos A. (Tumorenserodiagnostik) 285.
Petroff (Blutgerinnung) 541.
— (Intravenöse Hedonalnarkose) 556.
— N. (Knochentransplantation) 277.
Petřvalský (Kniekehlenmuskelschleimbeutel) 487.
Pettit, R. (Larynxtuberkulose) 428.
Peus, Georg (Hernia labialis posterior) 812.
Peyron, A. s. Marquès, H. 24.
Pfahler, George E. (Keilbeinhöhlenerkrankungen) 253.
— — — (Magen- und Duodenalgeschwür) 517.
Pfister, Edwin (Blasensteine) 475.
— — (Harnröhrenstein) 196.
Pflugrad (Collargol) 546.
Philbert s. Broca 791.
Phillips, C. E. S. (Radiumapparat) 290.
— John, and H. O. Ruh (Kehlkopfsangiom) 575.
Piazza, Clearco (Eingeweidesenkung) 583.
Picker, R. (Blasensyphilis) 475.
Pieri, Gino (Faszientransplantation) 573.
Pierret, R. s. Duhot, E. 666, 846.
Piéry, M., et B. Le Bourdellès (Lungentuberkulosebehandlung) 184.
— — — — (Pneumothoraxkomplikationen) 437.
Pietri, Pierre s. Girard, Joseph 398.
Pignatti, Augusto (Arterienwunden) 141.
— — (Niereninfektion) 469.
Pilcher, James Taft (Magendarmparese) 513.
— — — (Gastro-enterische Parese) 445.
Pillet (Blasentumoren) 126.
— (Nierenverletzung) 305.
Pinard, Marcel s. Landouzy 149.
Pinch, A. E. Hayward (Radiuminstitut) 417.
Pirami, Ester (Raynaudsche Erkrankung) 778.
Pirie, George A. (Knochenwiederbildung) 542.
Pisani, A. (Pneumothorax) 262.
Pisek, Godfrey Roger (Pylorusverschluß) 363.
Pizon s. Pellot 96.
Planelles, J. (Ascitesbehandlung) 446.
Planten, Albertus Theodorus (Kongenitale Hüftgelenksluxation) 846.
Plaut, Martha (Herzbeuteldefekt) 110.
Pletnew, D. (Atropinbehandlung) 694.
Plicque, A.-F. (Allgemeininfektionen) 53.
Plisson, L. (Lobsteinsche Krankheit) 482.
Plitek, V. (Ulcus duodenale) 819.
Plontz, G. s. Thevenot, Lucien 601.
Plummer, S. C. (Nierendystopie) 122.
Poddighe, Antonio (Darmwandungsdurchlässigkeit) 512.
Podevin, Paul, et Henri Dufour (Appendicitis) 224.
Polacco, Andreas, und Alfred Neumann (Darmstrangulation) 810.
Polvani, Federico (Zirbeldrüse) 794.
Pólya, Eugen (Jejunumkolonfistel) 269.
Pomaret s. Brocq 398.
Poncet, Antonin (Tuberkulöser Rheumatismus) 621.
Ponroy s. Chateau 570.
Ponzio, Mario (Pseudonierensteine) 832.
Porak, R. s. Claude, H. 643.
Porges, Otto (Headsche Zonen) 592.
Porta, Silvio (Gefäßvereinigung) 714.
— Sylvius (Gefäßvereinigung) 233.
Porter, John L. (Gelenktuberkulose) 842.
Portner, Ernst (Harnröhrenstrikturen) 307.
Posner, Hans L. (Prostataatrophie) 660.
Potherat (Tibiaabsceß) 631.
Pousson, Alfred (Nephriten) 376.
Powers, Charles A. (Brustdrüsentuberkulose) 348.
Pozzato, Paolo (Infiltrationsanästhesie) 244.
Pozzi, S. (Selbständiges Organleben) 3.

Pratt, Joseph H., and Fred T. Murphy (Pankreastransplantationen) 523.
Pribram, Egon Ewald s. Oser, E. G. 10.
Primrose, A. (Brustdrüsengeschwülste) 33.
Pringle, Seton (Hodentumoren) 46.
Privat, J. s. Calot, F. 798.
Prochownick, L. (Operationsfeldbeleuchtung) 561.
— — (Tuberkulose) 93.
Propping, Karl (Choledochusregeneration) 466.
Prutz, W., und E. Monnier, Darmgekröse- und Netzkrankheiten) 440.
Puccinelli, Vittorio (Bakterienuntersuchung) 789.
Puelles, J. M. de, et Ruiz (Röntgenverbrennungen) 727.
Pürckhauer, Rud. (Kniegelenksverletzungen) 48.
Pujol (Leberabsceß) 372.
— s. Cestan, R. 706.
— M. (Schilddrüsensyphilis) 577.
Pulawski, A. (Edebohlssche Operation) 46.
Pulido (Urinfisteln) 707.
Punin (Blutdruck der A. brachialis) 713.
Pusey, William Allen (Lippencarcinom) 254.
Putzig, H. (Pylorospasmusbehandlung) 116.
Putzu, F. (Blasenhernie) 451.
Puyhaubert s. Delmas, Jean 570.

Quénu (Darmverschlußsymptome) 470.
Querner, Erich(Tuberkelbacillen- 283.
Quervain, de (Knochen- u. Gelenktuberkulose) 624.
— F. de (Chirurgische Diagnostik) 537.
— — — (Knochen- und Gelenktuberkulose) 8.
Queyrat, Louis, et Henri Bouttier (Leukoplasie) 104.

Radliński, Zygmunt (Circulus vitiosus) 116.
Rae, James (Interner Hydrocephalus) 419.
Raecke (Traumatische Psychosen) 718.
Rafin s. Arcelin 126.
Ralló, M. (Hydrocelenpunktion) 478.
Rammstedt, C. (Pylorusstenose) 40.
Ramond, Louis s. Valette 138, 492.
Randall, Alexander (Nierenblutung) 657.
Randolph, B. M. (Stirnlappensarkom) 565.
Ranzi (Rückenmarkschirurgie) 741.
Raoult-Deslongchamps, L. (Frakturenbehandlung) 241, 405.
Rapp, Heinrich (Mäusetumoren) 174.
Rastouil (Aneurysma) 627.
Ratera, J., et L. Ratera (Nierensteinröntgenologie) 705.
— L. s. Ratera, J. 705.
Rathery, F. (Cerebrospinalflüssigkeit) 105.
— — (Liquor cerebro-spinalis) 506.
— — et L. Binet (Exostosen) 171.
Razzaboni, Giovanni (Hypertrophische Dickdarmtuberkulose) 825.
Réchou, G., Magenuntersuchung) 300.
Reclus, Paul (Hernien) 153.
— — (Kriegsverletzungen) 554.
Redard, Paul (Wirbelsäulenverbiegungen) 426.
Reder, Francis (Subcutane Naht) 317.
— — (Rectalpalpation) 653.
Regaud, Cl. s. Nogier, Th. 21.
Reglus, Paul (Mastdarmstenose) 42.
Regnault, Jules, et Bourrut-Lacouture (Hohlhandbogenaneurysma) 533.
Rehn (Herzchirurgie) 748.
— (Oesophaguschirurgie) 745.
— (Sehnentransplantation) 773.
— E. (Pericardphysiologie) 690.
— L. (Herzchirurgie) 219.
Reich, A. s. Blauel 428.
— — und Blauel (Trachealstenose) 803.
Reiche, F. (Diphtherie-Antitoxinbehandlung) 235.
Reichel, Hans (Scopolamindämmerschlaf) 557.
— Heinrich, and Viktor Gegenbauer (Milzbrand) 669.
Reid, Douglas G. (Bursae omentalis) 596.
Reilly, J. s. Salin, H. 251.
Reiner, Hans (Calcaneusarchitektur) 87.
Reiter, Hans s. Cohn, Theodor 525.
Remer, John s. MacKee, George M. 786.
Remy, A., et C. Fairise (Angeborener Kropf) 684.
Rendu, André, et Loaec (Zehenhypertrophie) 536.
— Robert (Diphtheriebehandlung) 139.
Rénon, Louis (Laparoskopie) 648.
Rénon, Louis (Pneumothorax) 352.
Réthi, Aurelius (Tonsillenoperation) 798.
— — (Trigeminusneuralgienbehandlung) 209.
Retterer, Ed., et Aug. Lelièvre (Thymusphysiologie) 509.
Retzlaff, O. (Darmfremdkörper) 365.
Reuss (Hernia diaphragmatica) 690.
Revel s. Frilet 209.
Révész, Vidor (Blutgefäßröntgenbilder) 499.
Revillet, L. (Kindertuberkulosebehandlung) 8.
Rey s. Barjon 155.
Reyn, Axel (Finsenbehandlung) 333.
Reynier, Paul (Sarkomradiumbehandlung) 134.
Reynolds, D. (Pylorusstenose) 186.
— John, and Russell J. Reynolds (Streptokokkeninfektion) 397.
Rhein. M. L. (Mundinfektionen) 253.
Rheindorf (Wurmfortsatzentzünzündung) 367.
Ribbert, Hugo (Rachitisätiologie) 50.
Ricci, Serafino (Milzstielkompression) 468.
Richter (Mandelexstirpation) 424.
— (Ulcus duodeni) 757.
Ricker, G. (Diapedesisblutung) 137.
Ridella, A. (Magendarmkanalchirurgie) 362.
Riebel, E. C. (Zwerchfellriß) 357.
Rieck (Darmverschluß) 112.
Riedel (Harnröhrenstrikturen) 767.
Rischbieth, H., and C. P. C. Crespigny (Polycystische Nierenerkrankung) 609.
Risley, Edward H. (Shock) 313.
Ritter (Knochen- u. Gelenktuberkulose) 624.
— (Schädeloperationen) 727.
— Carl (Lymphdrüsenentstehung) 138.
Rivière, G. (Magengeschwür) 187.
Roberts, John B. (Frakturenbehandlung) 328.
— — — (Frakturenheilung) 840.
— W. O. (Hautdesinfektion) 725.
Robin, Albert (Leberkrebschemie) 191.
Robineau, M. (Appendicitisoperationstechnik) 460.
— (Facialisresektion) 334.
— (Subdiaphragmatisches Hämatom) 358.

Robinson, C. A., and Gordon W. Thomas (Branchiogene Cyste) 802.
— Samuel(Insufflationsnarkose) 638.
Rochaix, A. s. Courmont, Jules 318.
Rocher, H. L. (Coxa vara) 774.
— — — (Gesichtslymphangiom) 98.
— — — (Sehnenabriß) 231.
— — — et Charrier (Meniscussubluxation) 486.
— — — et Jean Ferron (Nierentuberkulose) 767.
— L. (Coxitis) 663.
Rochet, V. (Cystitis) 81.
Rochon-Duvigneaud s. Sulzer 568.
Rodriguez, Leopoldo (Ulcus varicosum) 712.
Roederer, Carle s. Gourand, F. X. 399.
— — s. Tixier, Léon 317.
Röpke (Fetttransplantation) 771.
— (Oesophaguschirurgie) 745.
Roepke, O. (Nebenhodentuberkulose) 230.
— W. (Duodenalverletzungen) 188.
Roger, H. s. Rouville, G. de 597.
Rogers, John (Insufflationsnarkose) 247.
— Mark H. (Typhoid spine) 573.
— W. K. (Augenfremdkörper) 148.
Rohde, Erwin (Intravenöser Einlauf) 56.
Rohden, Friedrich v. (Lungenblutzirkulation) 687.
Rohdenburg, G. L. (Maligne Tumoren) 552.
Roith (Anästhesie der Nervi vagi) 725.
Rokitzki, W. (Haemorrhoidaloperationsinstrument) 247.
Rolland s. Esmein 272.
Rolleston, J. D. (Nieren-Ureteranomalie) 608.
— — — (Pharynxblutung) 425.
Rollier (Sonnenbehandlung) 319.
Rollo, Antonio (Tumorenchemismus) 400.
Roman, B. (Neuroepitheliom) 211.
Roques s. Salager 112.
— C.-M. (Geschwulströntgenbehandlung) 403.
Rosenbach (Tuberkulin Rosenbach) 716.
Rosenberg (Basedowkranke-Behandlung) 347.
— Erich (Tuberkelbacillen) 284.
— Walther (Tonsillektomie) 104.
Rosenblat, M. (Jugularisunterbindung) 504.
Rosenblath (Cysticerkenmeningitis) 419.
Rosenstein, A. (Rhinoplastik) 338.
Rosenthal, G. (Pneumothorax) 299.
— R. (Gallenwegeascariasis) 603.
Rosoff, W. (Epithelcysten) 495.
Rossi, Baldo (Gastroenterostomie) 694.
Rost, Franz (Lokalanästhesie) 640.
Rothmann, Max (Kleinhirnlokalisation) 566.
— — (Rückenmarkschirurgie) 741.
Rotky, Hans (Myositis) 405.
Roucayrol, E. (Harnröhrenerkrankungen) 661.
Rouèche, H. s. Marie, René 281. 657.
Rouget (Leberamöbenabsceß) 760.
Roulet, Alfred de (Brustdrüsenkrebsbehandlung) 579.
Rousseau, Fernand, et Cassard (Appendicitis) 224.
Roussiel, Marc (Peritonitis) 361.
— — (Pleuritidenbehandlung) 580.
Rouville, de (Bartholinitis) 83.
— G. de, et H. Roger (Dünndarmgeschwüre) 597.
Rouvillois, H. (Arterienschußverletzung) 232.
Roux (Hüftverrenkung) 390.
Rovsing, Thorkild (Gastrocoloptose) 74.
— — (Gastroptose) 39.
Rowntree, L. G., R. Fitz and J. T. Geraghty (Nierenfunktion) 606.
Roziès, H. (Inoperabler Krebs) 553.
— — et M. Arrivat (Heißluftbehandlung) 316.
Rubaschoff, S. (Lungenemphysem) 353.
Rubaschow, S. (Leberverletzungen) 601.
Rubino, Alfredo (Basedowsche Krankheit) 578.
Rubner, C. s. Fromme, Fr. 605.
Rübsamen, W.(Sakralkanalpunktion) 506.
Ruediger, Edgar (Gelatine) 633.
Ruff, S., i J. Hornowski (Adamantinom) 644.
Ruggi (Brustbeinoperation) 183.
— Giuseppi (Zentralnervensystem) 50.
Ruh, H. O. s. Phillips, John 575.
Ruiz s. Puelles, J. M. de 727.
Ruland, Wilh. (Ascaridendarmverschluß) 515.
Rupp, Ernst (Hauttuberkuloseätiologie) 238.
Russell, A. W., and Alex. Mills Kennedy (Schilddrüsenteratom) 645.
Rutherfoord, T. C. (Urethralsteine) 307.
Ryall, Charles (Zungenkrebs) 681.
Rybak, A. M. (Darmfremdkörper) 520.
— — (Ileus verminosus) 264.
Rydel, Adam (Facialislähmung) 98.
Rydygier, Antoni (Dickdarmgeschwülste) 653.
Ryfkogel, H. A. L. (Unterlippenkrebs) 422.

Saalfeld, Edmund (Hautkrankheiten) 97.
Saalmann (Morbus Recklinghausen) 404.
— (Spina bifida) 27.
Sabella, Nicholas (Transplantation) 540.
— Pietro (Venenentzündung) 172.
Sabouraud, R. (Streptokokkenerkrankungen) 667.
Sackur, Paul (Hormonalwirkung) 445.
Saenger, Alfred (Hypothyreoidismus) 646.
Saghinesco s. Dimitriou 675.
Saint-Marc, Meaux s. Gaucher 400.
Saisawa, K. (Pseudotuberkulose) 319.
Sak, W. (Ohrentwicklungsfehler) 422.
Salager et Roques (Gallenbauchfellentzündung) 112.
Salès, G. s. Sézary, A. 318.
Salin, H. s. Méry, H. 251, 663.
— — et J. Reilly (Cerebrospinalmeningitis) 251.
Salkind, J. (Thymektomie) 218.
Salzer, Fritz (Keratoplastik) 253.
— Moses (Insufflationsnarkose) 677.
Samojleuko, M. (Ozaenabehandlung) 422.
Samoilo, W. A. (Arnethsches Blutbild) 758.
Sample, John T., and W. L. Gorham (Mal perforant) 487.
Sanders, A. S. s. Hyman, A. 837.
Sanderson, William (Kehlkopftuberculom) 508.
Sanes, K. I. (Thrombophlebitis) 618.
Santini, Carlo (Bauchspeicheldrüse) 45.
— — (Direkter Leistenbruch) 692.
Santoro, Giuseppe (Bluttransfusion) 394.

Santos Fils, Carlos (Gonnorrhöebehandlung) 478.
Saphir, J. F. (Lokalanästhesie) 789.
Sargnon (Laryngostomie) 30.
— et Vignard (Bronchus Fremdkörper) 804.
Sasse, F. (Choledocho-Duodenostomie) 465.
— — (Ulcus ventriculi) 592.
Sauerbruch (Epilepsie) 731.
— F. (Phrenikotomie) 581.
— — und H. Elving (Thoracoplastik) 108.
Sauvé, Louis, et J. Tinel (Frankesche Operation) 344.
Savariaud (Hüftgelenksverrenkung) 390.
Saviozzi, Valeriano (Perineumlipome) 649.
Savy, P. s. Tixier, L. 805.
— — et G. Florence (Schilddrüsencancroid) 348.
Sawicki, Bronislaw (Halsrippe) 646.
Sawyer, Harold P. s. Gordinier, Hermon C. 273.
Scaduto, G. (Hautepitheliome) 551.
Schaeffer, J. Parsons (Muskelanomalien) 198.
— R. (Handschuhsaft) 331.
Schall, M. (Technische Neuheiten) 57.
Schauta, F. (Myombehandlung) 478.
Schede, Fr. (Knochen- und Gelenktuberkulose) 782.
— K. s. Zur Verth, M. 530.
Schéle, A. s. Lundgreen, M. 675.
Schellenberger, C. (Krebsursache) 240.
Schenk, Ferdinand (Geschwulstserodiagnostik) 785.
— Fritz (Brücken - Prothesen) 681.
Schepelmann, Emil, Herzklappenchirurgie) 647.
— — (Experimentelle Lungenchirurgie) 434.
— — (Peritonitisbehandlung) 38.
Scherer, A. (Lungenkollapstherapie) 689.
Scheutz, Gustaf (Unfallfolgen) 718.
Schewkunenko, Viktor (Colliculus seminalis Anatomie) 529.
Schjerning, Thöle und Voss (Schußverletzungen) 674.
Schippers, J. C. (Lymphadenose) 5.
Schlayer (Nierenfunktionsprüfung) 828.
Schlemmer, Fritz (Luftröhrenstenose) 683.
Schlesinger, Artur (Erysipel) 92.
— — (Fremdkörperextraktion) 676.
Schlesinger, Artur (Morbus Basedowii) 32.
— Emmo (Magengeschwürröntgenuntersuchung) 815.
— — (Ulcus ventriculi) 591.
Schley, W. S. (Urethralstrikturen) 382.
Schliep, Ludwig (Gelenkschüsse) 555.
Schlimpert, Hans (Extradural-Anästhesie) 96.
Schloffer (Balkenstich) 734.
— (Hernien) 73.
— (Turmschädel) 738.
Schlossmann (Blutgerinnungsbestimmungen) 540.
Schmid, Hans Hermann (Blasenscheidenfistel) 839.
Schmidt, Ad. (Sauerstoffbehandlung) 72.
— Adolf (Ulcus duodeni) 753.
— E. (Coecummilzbrandtumor) 824.
— Joh. E. (Geschwulstbehandlung) 404.
— Walther (Ulcus rotundum duodeni) 694.
Schmieden (Obstipationsbehandlung) 700.
— (Ulcus duodeni) 755.
— (Unterkieferdefekte) 729.
— (Wangenschleimhaut-Ersatzmethode) 563.
Schneider, Hans (Atherom) 239.
Schönberg, S. (Cystitis emphysematosa) 612.
Schoenborn, S. (Zentralnervensystemssyphilis) 642.
Schönenberg, Max (Fußgelenksarthrodese) 86.
Schönhof, Siegmund (Amyloid) 95.
Scholtz (Lupusbehandlung) 636.
Schottländer, E. (Oberkiefersarkom) 249.
Schrager, V. L. (Bilokulare Hernie) 812.
Schramm, Carl (Röntgenaufnahme) 524.
Schreiber, Richard (Tonsillektomie) 739.
Schricker, Hans (Bauchschußverletzungen) 221.
— — (Hormonaltherapie) 356.
Schulman, Maximilian (Brustbeinsyphilis) 646.
Schulthess, Wilhelm (Orthopädische Gymnastik) 233.
Schultz, Franz (Radiusbrüche) 662.
Schultze (Bauchdeckenrekonstruktion) 360.
— Ferdinand (Patellarfraktur) 847.
— W. H. (Lungenphthise) 581.
Schumacher (Funiculitis) 83.
Schumacher (Leprabehandlung) 53.
— (Lungenembolie) 687.
— J. (Gonargin) 839.
— Joseph (Thymusstenose) 218.
Schund (Herzchirurgie) 748.
Schuster, E. (Joddesinfektion) 641.
Schut, H. s. Hymans van den Bergh, A. A. 353.
Schwab, Willy (Schädelbasistumoren) 333.
Schwabe (Duodenumverletzung) 596.
Schwartz, Edouard (Oberschenkel-Riesenzellensarkom) 85.
— Th. (Meningitis serosa) 678.
— Theodor (Meningitis serosa) 793.
Schwenter, J. (Röntgen-Momentaufnahme) 791.
Scobie, James (Jodoformapplikation) 138.
Sédillot s. Grenet 455.
— s. Variot, G. 582.
Sędziak, Jan (Nasengeschwülste) 339.
Seeligmann, Ludwig (Eierstocksarkom) 619.
Seenger, J. (Leber-Aktinomykose) 157.
Sehrt, E. (Kriko-Tracheotomie) 182.
Seidel, Erich (Lokalanästhesie) 338.
— Hans (Mandibularanästhesie) 142.
Sellei, Josef (Tumoren-Chemotherapie) 401.
Semenow-Blumenfeld, S. S. (Erysipel) 318.
Semon, Henry (Raynaudsche Krankheit) 201.
Semple, N. M. (Intrakranielle Erkrankungen) 210.
Sencert, L. (Speiseröhrenstenosen) 109.
Sequeira, J. H. (Ulcus rodens) 402.
Serés (Nierentuberkulose) 227.
Sever, James Warren (Orthopädische Prinzipien) 5.
Severin, Josef (Pneumokokkensepsis) 191.
Sexton, Lewis A. (Antistreptokokkenserum) 546.
Sézary, A., et G. Salès (Elephantiasis) 318.
Shattock, S. G. (Cavaverschluß) 359.
Shennan, Theodore (Myelom) 785.
Shirmer, Otto (Augenhöhlenfibroangiom) 643.
Shoemaker, Harlan (Kniegelenksinfektion) 711.

Short, A. Rendle (Gallenstein-operation) 703.
Shuman, J. W. s. James, C. S. 837.
Sicard et Leblanc (Hemispasmus facialis) 642.
— J.-A. (Rückenmarksoperationen) 507.
Sievers (Künstliche Atmung) 558.
— R. (Plexusanästhesie) 412.
Sikora, P. (Lymphorrhagien) 201.
Silvestri, T. (Nebennieren) 523.
Simmonds (Pankreasnekrose) 604.
— M. (Hypophysis) 252.
— — (Schilddrüsenuntersuchung) 69.
Simon, Hermann (Riedelsche (Struma) 577.
— Ludwig (Perforiertes Magenulcus) 363.
Simons, A. (Quintusneuralgie) 563.
— — s. Lewandowsky, M. 147.
Simonson, S. (Röntgenstrahlen) 332.
Simpson, Burton T. (Thyreoidea-adenome) 429.
— Graham (Frakturenbehandlung) 166.
— J. W. (Harninkontinenz bei Kindern) 229.
Sinjuschin, N. (Carotisdrüsengeschwülste) 802.
Sjövall, Einar s. Frising, Gunnar 268.
Sippel, Albert (Differentialdiagnostik) 197.
Siredey, A., de Jong et Million (Spondylitis typhosa) 800.
Siter, E. H. (Urogenitaltraktusinfektion) 617.
Skeel, Roland E. (Anästhetikum) 445.
— — — (Magenfibrom) 365.
Skillern, P. G. (Carotis interna) 149.
Skinner, E. H. (Handgelenksbrüche) 487.
— — — (Knöchelbrüche) 311.
Skudro, Stanislaw (Mäusecarcinome) 552.
Slavik s. Wickham 554, 717.
Slawinski, Z. (Amputationen) 661.
— — (Pankreasapoplexie) 704.
Sloan, Martin F. s. Hamman, Louis 351.
Sluder, Greenfield (Tonsillektomiemethode) 571.
Smeth, Jean de (Pyonephrose) 378.
Smirnoff, A. (Cephalohydrocele) 248.
Smith, Carroll (Rippendefekt) 686.
— E. O. (Nierendiagnostik) 830.
Smith, Geo. Milton (Gallenblasenveränderung) 826.
— Julian (Nierensteine) 304.
— Richard M. (Nierenfunktionsprüfung) 121.
— — — (Pyelitis) 764.
Smithies, Frank (Magengeschwür 816.
Smoler, F. (Carotis communis) 294.
Snoo, K. de (Osteomalacie) 91.
Sobotka, Paul (Cutismyome) 785.
Socin, Ch. (Serbischer Heeressanitätsdienst) 206.
Söderbergh, Gotthard (Myxödem 806.
Sokoloff, W. (Halscyste) 256.
Solieri, Sante (Appendicitis) 821.
Solowjew (Ulcus cruris) 776.
Sommerfeld, A. (Ulcus ventriculi) 300.
Sorel, Robert (Händedesinfektion) 725.
Sorge (Brust- und Bauchschüsse) 674.
— (Rizinusbehandlung der Blinddarmentzündung) 460.
Sorgo, Josef (Pneumothorax) 352.
Soschtschin, O. N. (Hodendrehung) 708.
Soubbotitch (Balkankrieg) 328.
Soula, L.-C. (Tetanus- und Diphtherietoxin) 492.
Souligoux (Bauchhöhlenspülung) 361.
Souques (Pagetsche Krankheit) 234.
— Barré, et Pasteur Vallery-Radot (Pagets Knochenkrankheit) 171.
Souttar, H. S. s. Noel, H. 16.
Spechtenhauer (Instrumente) 726.
Speck, Walther (Handluxation) 844.
Spencer, W. G. (Appendicostomie) 190.
— Walter G. (Patellarfraktur) 86.
Spillmann, L., G. Thiry et J. Benech (Spontangangrän) 614.
Spitzy, H. (Skoliosenbehandlung) 573.
Sprengel (Wahl des Narkoticums) 556.
Spriggs, N. J. (Unterbindungsinstrument) 55.
Springer (Madelungsche Handgelenkdeformität) 710.
Squier, J. Bentley (Nierensteinerkrankung) 831.
Ssakowitsch, F. S. (Oesophagusfremdkörper) 511.
Ssamoylenko, M. Al. (Stirnhöhlenverödung) 25.
Ssobolew, L. W. (Wurmfortsatzunterbindung) 366.
Stammler (Geschwulstbehandlung) 554.
Stanton, Joseph (Divertikelentzündung) 520.
Stasow (Bruchsackfremdkörper) 362.
Stauffer, Pierre (Wirbelsäulendefekt) 425.
Stéfani, J. (Brustwandtuberkulose) 108.
Steffen, Erich s. Loose, Otto 659.
Steimker, Wilhelm v. (Hernien) 152.
Stein (Facialislähmung) 728.
— Albert E. (Phrenicuslähmung 788.
Steinhaus, Jules (Carcinome) 240.
Steinmann, Fr. (Heftpflasterextension) 48.
— — (Wurmfortsatzausschaltung) 518.
Steinthal (Postnarkotische Magenlähmung) 817.
Stephens, G. Arbour (Karbunkelbehandlung) 203.
Stern, Heinrich (Typhlatonie) 598.
— Maximilian (Amnionmembranenüberpflanzung) 778.
— Walter G. (Gangrän) 395.
Sternberg, Carl (Momburgsche Blutleere) 330.
Stetten, De Witt (Choledochusverlegung) 373.
— — (Thoraxchirurgie) 432.
Stettiner, Hugo (Epispadie) 127.
Stévenin, Henri s. Voisin, Roger 564.
Stevens, William E. (Myositis) 90.
Stevenson, Edgar (Sehnervenverletzung) 62.
Steward, F. J. (Harnstein) 832.
— — — (Nierensteine) 80.
Stewart, Francis T. (Scheidenbildung) 481.
— William H. (Harnwegeröntgenologie) 656.
— — — (Schädelbrüche) 248.
Sticker, Anton (Radiumanwendung) 562.
Stieda (Oesophagoplastik) 745.
Stierlin, Eduard (Dickdarmfunktionsstörungen) 77.
Stockdale, E. Malcolm (Meningitis serosa) 25.
Stocker, S. (Osteomalacie und Rachitis) 491.
Stoerk, Erich (Magengeschwür) 455.
Stoffel (N. ischiadicus) 774.
— A. (Nervenchirurgie) 91.
Stoll, K. L. (Lipodermoide) 213.
Stone, H. B. s. Whipple, G. H. 819.
— I. S. (Salpingitis) 618.

Stoney, Atkinson (Dioradin) 173.
— R. Atkinson (Carotisabklemmung) 344.
Stopford-Taylor, G. G. S., and Robert W. MacKenna (Ionisation) 333.
Storey, L. (Magenfremdkörper) 188.
Stover, G. H. (Intraoculare Fremdkörper) 148.
— — — s. Tennant, C. E. 514.
Strassberg, Max (Hautchondrom) 551.
Straßer, H. (Muskel- und Gelenkmechanik) 620.
Straßmann, Georg (Nierenbecken - Kollargoleinspritzungen) 524.
Strassmann, P. (Uterusmyombehandlung) 47.
Strauch, Friedr. Wilhelm (Mäusecarcinomübertragung) 174.
Strauss (Duodenalulcus) 267.
— Artur (Tuberkulose-Kupferbehandlung) 549.
— H. (Duodenalgeschwür) 268.
— M. (Ortizon) 289.
Streißler (Osteotomie) 772.
— Eduard (Halsrippen) 28.
Ströbel (Mechanisches Kropfherz) 684.
— H. (Herzvergrößerung) 576.
Stuart-Low, W. (Rachenvenenentzündung) 423.
Stümpke, Gustav (Boecksches Sarkoid) 549.
Stuzer, M. (Netzfunktion) 809.
Sudeck, P. (Halswirbelluxation) 507.
Süssenguth, Ludolf (Exostosenbildung) 310.
Sultan, C. (Darmresektion) 821.
Sulzer et Rochon-Duvigneaud (Sehnervengeschwulst) 568.
Summers, John E. s. Dunn, Arthur D. 110.
Sundberg, Carl (Pneumothorax) 747.
Sury, K. v. (Traumatisches Osteom) 572.
Sutton, Richard L. (Blastomykose) 547.
Svedin, B. s. Lundgreen, M. 675.
Swan, R. H. Jocelyn (Nierengeschwülste) 304.
— — — — (Stauungsbinde) 145.
Sweek, W. O. s. Loeb, Leo 205.
Sweet, Joshua Edwin, and Alfred Reginald Allen (Hypophysenentfernung) 795.
Swynghedauw s. Gorse, P. 660.
Symington, J. (Bauchhöhle) 111.
Symmers, Douglas (Neuroblastom) 387.
Sympson, N. S. (Pneumokokkenperitonitis) 589.
Syring (Coecum-Dünndarm-Volvulus) 113.
Szécsi, St. s. Werner, R. 401.
Szerszyński, Bronislaw (Endotheliome) 670.
Szili, Jenö (Appendicitis) 230.
Sztanojevits, L. L. (Wernickesche Tastlähmung) 566.

Tandler, Julius (Interkrikothyreotomie) 181.
Tansini, I., e Giovanni Morone (Milzvergrößerung) 299.
Tanton, J., et Grenier (Magengeschwür) 593.
Tarneaud s. Balzer, F. 570.
Tartois, E. (Schußverletzungen) 14.
Tasca, Pietro (Samenstrangtorsion) 836.
Tavernier, L. s. Villard, E. 309.
Taylor, Henry Ling (Coxitis) 533.
— Kenneth (Sporotrichum Schenckii) 669.
Tecqmenne (Radiusdefekt) 310.
— Ch. (Pyelotomie) 832.
Tedesko, Fritz (Arthigonbehandlung) 621.
Teleky, Ludwig (Berufsmuskelatrophie) 484.
Tenani, Ottorino (Nephropexie) 471.
— — (Stovain-Lumbalanästhesie) 288.
Tennant, C. E., and G. H. Stover (Eingeweideumlagerung) 514.
Tenney, Benjamin (Ureterverschluß) 609.
Terson, A. (Autokeratoplastik) 567.
Teschemacher (Pneumaturie) 658.
Teulières, M. (Augenhöhlenfibrom) 148.
Texier (Nasenrachenfibrom) 104.
Thalheimer, William (Darmgascysten) 820.
Thedering (Lupusfürsorge) 322.
Thedinga (Holzphlegmone) 318.
Theilhaber, A. (Carcinomprophylaxe) 10.
— — (Krebsbehandlung) 206.
Thévenot, L., et Jaubert de Beaujeu (Harnröhrenröntgenuntersuchung) 834.
— Léon (Perinephritische Phlegmone) 305.
— Lucien, et G. Plontz (Amöben-Leberabscesse) 601.
Thies (Rhythmische Stauung) 668.
— A. (Luffaschwammverwendung) 72.
— — (Salzlösungsinfusion) 778.
Thiriar, Lucien (Epigastrische Hernie) 812.
Thiry, G. (Krebs) 416.
— — s. Spillmann, L. 614.
Thöle s. Schjerning 674.
Thomas, B. A. (Antistaphylokokkenserum) 779.
— — — (Nierenfunktionsprüfung) 193.
— G. J. (Nierenbeckenspülung) 178.
— Gordon W. s. Robinson, C. A. 802.
— T. Turner (Schulterluxationen) 279.
— W. Thelwall s. Kelly, Robert E. 245.
Thompson, Ralph (Urogenitaltuberkulose) 305.
Thompton, Ralph (Prostatasteine) 197.
Thomson, Sir St. Clair (Larynxtuberkulose) 684.
— — — — (Speiseröhrenfremdkörper) 183.
Thorborg, Frederik (Nierencyste) 706.
Thost (Trachealstenosen) 683.
Thyne, T. J., and J. S. Fraser (Nasenrachenraumkrebs) 254.
Tiegel (Lungenwunden) 746.
Tietze (Schicksal der Nephrektomierten) 766.
— Alexander (Kropfoperation) 805.
Tinel, J. s. Sauvé, Louis 344.
Tintner, Fritz (Balkanfeldzug) 406, 407.
Tisserand, G. (Nierendekapsulation) 80.
Tixier, L. s. Fredet, P. 650.
— — et P. Savy (Schilddrüsentuberkulose) 805.
— Léon, et Carle Roederer (Hutinels Dystrophie) 317.
Todd, T. Wingate (Halsrippe) 67.
Toida, R. (Sanduhrförmige Gallenblase) 602.
Torday, A. v. (Megasigma) 42.
Tortora, Mario (Genu valgum) 135.
Touche (Krebsbehandlung) 671.
— (Selenium colloidale) 496.
Tourneux, J.-P. (Bauchschuß) 112.
— — (Handangiolipom) 711.
— — et A. Ginesty (Pantoponinjektionen) 16.
— Jean Paul (Occipitalgegendteratome) 418.
Toussaint, H. (Der federnde Callus) 482.
— — (Knöchelfraktur) 392.
Townsend, Terry M., and Julius J. Valentine (Niereninfektion) 228.
Tracy, Stephen E. (Mastdarmfistel) 273.

Trapl (Bauchwanddesmoid) 512.
Trautmann, Gottfried (Halslymphdrüsentuberkulose) 802.
Traver, A. H. (Hämophilie) 90.
Trazzi, Nestore (Bauchhernienradikaloperation) 114.
Treiber (Mastixverband) 20.
Trevisan, Ugo (Pneumothorax) 647.
Triboulet, Albert -Weil et Paraf (Pseudohämophiliebehandlung) 22.
Tridon, P. (Beinhypertrophie) 484.
Trifiljew, S. P. (Harnblasensteine) 475.
Trillmich, F. (Madelungsche Deformität) 85.
Troell, Abraham (Pyelographie) 829.
Tschekajew (Thymus) 182.
Tscherepnin, K. (Leistenbrüche) 749.
Tsukada, K. s. Ischiwara, S. 505.
Tubby, A. H. (Shock) 4.
— — — and J. A. Braxton Hicks (Posttyphöse Ostitis) 165.
Tudehope, Claude B. (Gonokokkenpyämie) 203.
Türschmid, Wilhelm (Coccumdystopie) 652.
Tuffier (Darmangiome) 302.
— (Lungenechinokokkus) 219.
Turner (Klumpfußbehandlung) 312.
— A. Logan, and J. S. Fraser (Laryngoskopie) 257.
— Heinrich (Frakturenbehandlung) 497.
Tytgat, E. (Prostatacarcinom) 615.
— Edg. (Lungenemphysembehandlung) 434.

Uffenorde, W. Ohrlabyrintheiterungen) 503.
Uffreduzzi, O., und G. Giordano (Gastro-Jejuno- Oesophagostomie) 364.
— — et J. Giordano (Gastro-Jejuno-Oesophagostomie) 650.
Uhlemann, Walter (Milztumor) 468.
Uleau s. Bassat 275.
Underhill, Albert J. (Intermittierende Pyurie) 660.
Unger (Blutgerinnbarkeit) 540.
— (Oesophaguschirurgie) 745.
— E. (Magenentfernung) 693.
— — s. Alexander, W. 98.
— Ernst (Magenentfernung) 595.
Ury s. Karplus 693.
Usener, Walther (Nabelschnurbruch) 222.
Uspensky, N. s. Ljanda, A. 803.
Utrobin (Morbus Banti) 227.

Valentin, Bruno (Parotitis) 291.
Valentine, Julius J. s. Townsend, Terry M. 228.
Valette et Louis Ramond (Pneumobacillussepticämie) 138, 492.
Vallery-Radot, Pasteur s. Souques, Barré 171.
Vallois, H. s. Delmas, J. 483.
— — et E. Vinon (Sinus petrosus superior) 678.
Vanlair, C. (Magenerweiterung) 186.
Vaquié, G.-E. (Schenkelvaricenbehandlung) 85.
Variot, G., Barret et Sédillot (Pneumothorax) 582.
Vaugiraud, de (Peripharyngealabsceß) 26.
Veau s. Grenet 455.
— et Montet (Urethramißbildung) 307.
Vecchi, Arnaldo (Appendiculäre Schleimpseudocysten) 271.
Vega, R. de, (Lipoma pendulum) 670.
— — — (Sporotrichosis) 495.
Velden, van den (Magenduodenalgeschwür) 757.
Velez (Gipsverbände) 416.
— (Klumpfußbehandlung) 312.
Velter, E. (Argyll-Robertsonsches Phänomen) 567.
Vennin (Kleinhirnabsceß) 212.
Verbizier, A. de (Tuberkelbacillen) 636.
Verhaeghe, E., s. Duhot, E. 666, 846.
Verhoogen, J. (Querer Bauchschnitt) 444.
Verrotti, G. (Mycosis fungoides) 547.
Veylder, Huibrecht de (Geschwulstchemie) 325.
Viannay s. Patel 136.
— Charles (Dickdarmresektionen) 463.
Vidakovich, Kamill (Mastdarmprolaps) 225.
Vignard s. Sargnon 804.
— Paul s. Bérard, Léon 822.
Vigyàzó, Gyula (Gaumenplastik) 214.
Vilaplana, J. (Darmeinläufe) 462.
Villandre (Nierenblutzirkulation) 605.
Villard (Epigastrische Hernien) 153.
— E., et E. Perrin (Gefäßverschlußbehandlung) 51.
— — et L. Tavernier (Gelenkresektionen) 309.
Vincent, W. H. s. Fitzwilliams, Duncan C. L. 629.
Vinon, E. s. Vallois, H. 678.
Violet, H., et J. Murard (Uterus Carcinom) 839.

Virenque, Maurice (Vaginatumoren) 620.
Vital-Badin (Skoliosenmessung) 677.
Vitry, G. (Urinpermanganatprobe) 194.
Voeckler, Th. (Ellbogengelenksfrakturen) 662.
Voelcker (Circulus vitiosus) 757.
— (Kniegelenkstuberkulose) 626.
— (Nierentuberkulose) 767.
— (Pyelographien) 765.
— (Samenblasenoperation) 770.
— F. (Nierenbeckeninfektion) 525.
— — (Uretersteine) 657.
Vogel, K., und A. Kraemer (Lumbalanästhesie) 412.
— Karl M. (Zwerchfellhernien) 264.
— Robert (Gefäßchirurgie) 5.
— — (Oberkieferbrüche) 500.
— — (Rektusruptur) 847.
Vogt s. Heyde 538.
— E. (Kopf-Weichteildefekte) 146.
Voisin, Roger, et Henri Stévenin (Pneumokokkenmeningitis) 564.
Volpe, Angelo (Kleinhirnläsion) 642.
Vorpahl, Friedrich (Sinusthrombose) 60.
Vorschütz (Sepsisbehandlung) 668.
Voss s. Schjerning 674.
Vragassy, Lipót (Schädelverletzungen) 212.
Vulpius, O. (Heilstättenbehandhandlung) 550.
— Oskar (Abbots - Skoliosebehandlung) 799.
— — (Hüftgelenksarthrodese) 629.
— — (Klumpfußbehandlung) 712.
— — (Meniscusverletzungen) 486.
— — (Tibiapseudarthrose) 848.

Waelder, Max (Kniescheibenbandverletzung) 232.
Waele, Henri de (Thromboplastische Tätigkeit) 490.
Wagner (Perityphlitis) 598.
— Arthur (Magengeschwürperforation) 154.
— Fritz (Herzmuskelcarcinom) 262.
Waibel, Carl (Zehentraumen) 488.
Walb (Schleimhautlupus) 422.
Walbaum, Hermann (Wärmeregulation) 792.
Waljaschko und Lebedjew (Hernienprophylaxe) 222.
Walker, Charles, and Harold Whittingham (Mäusecarcinome) 552.

Walker, H. F. B. (Echinokokkencyste) 60.
— John B. (Frakturenbehandlung) 96, 328.
— K. Macfarlane (Urogenitaltuberkulose) 379.
Wallace, Cuthbert S. (Handgelenksverletzungen) 626.
Walter, Friedrich Karl (Zirbeldrüsenhistologie) 679.
Walther (Lambretscher Apparat) 632, 712.
— (Serbisches Sanitätskorps) 329.
— Erich (Brustmuskeldefekte) 807.
— H. (Hydrastinin-Bayer) 492.
Walton, Albert J. (Gleitbruch) 39.
Ward, Gordon R. (Krebsblutbild) 553.
Warstat, G. (Plasmocytom) 637.
Wassiljew, A. (Colliculus seminalis) 615.
Wathen, William H. (Dyspepsie) 592.
Watrin, Maurice (Metrorrhagien) 839.
Watson, F. S. (Nierensteine) 124.
— Francis S. (Blasenpapillombehandlung) 476.
— Fred C. s. Noland, Lloyd 79.
— Pirie (Frakturenbehandlung) 12.
Watson-Williams, P., and N. S. Finzi (Oberkiefersarkom) 249.
— — — — (Sarcomradiumbehandlung) 209.
Weber, A. (Rinderbacillen) 548.
— F. Parkes (Arteriitis obliterans) 133.
— — — (Calcinosis) 394.
— — — (Halsrippen) 216, 575.
— — — Raynaudsche Krankheit) 495.
— L. W. (Gehirnerschütterung) 179.
— Wilhelm (Duodenumatresie) 518.
Weed, Lewis H. (Hypophyse) 293.
Weekers, L. (Congenitale Ptosis) 796.
Wegele (Colitis ulcerosa) 42.
Wegner, K. F. (Frakturenbehandlung) 772.
Weibel, William (Gebärmutterkrebs) 530.
Weichardt, Wolfgang, und Paul Haussner (Dauerträgerbehandlung) 51.
Weichert, Max (Ischiadicuslähmungen) 167.
— — (Mammaplastik) 108.
Weil, Albert s. Triboulet 22.
— E. Albert- (Röntgentherapie) 59.
Weil, E. Albert- (Physikalische Therapie) 58.
— S. (Magenresektion) 364.
— Wilhelm (Jod) 560.
Weiss, Robert (Klumpkesche Lähmung) 28.
Weissenbach s. Auclair 255.
Weisz, Eduard (Ankylosenbehandlung) 311.
— — (Kniegelenkschiene) 208.
Welch, J.E. (Hämophiliebehandlung) 281.
Wellington, J. R. (Meckels Divertikel) 117.
Wells, H.Gideon s. Corper, Harry 716.
— — — and Esmond R. Long (Geschwulstchemie) 206.
— Jos. M. (Shockbehandlung) 543.
Welz (Erysipelbehandlung) 780.
Wendel (Herzmassage) 558.
Wenglowski, Romuald (Halsfisteln) 294.
Werelius, Axel (Parathyreoideae) 347.
— — (Wandernierenfixation) 527.
Werner, R. (Bösartige Neubildungen) 553.
— — und St. Szécsi (Tumorenchemotherapie) 401.
Wersilow, W. (Kleinhirncysten) 566.
Wertheim, Edmund (Neuritis optica) 25.
Werthern, Frhr. v. (Blasennaht) 126.
Wetherill, H. G. (Knochenwachstum) 666.
Wettendorff, H. (Sonnenkur) 562.
Wetterstrand, G. A. (Magengeschwür) 593.
Whale, Harold (Tonsillotomie) 425.
Whipple, G. H., H. B. Stone and B. M. Bernheim (Ileus) 819.
White, Franklin W. (Röntgenuntersuchung der Verdauungswege) 814.
— W. Hale (Myxödem) 218.
— — — (Urinkoliinfektion) 124, 705.
Whiteford, C. Hamilton (Fowlersche Lage) 726.
Whitehouse, Beckwith (Milztorsion) 604.
Whiting, A. D. (Chirurgischer Konservativismus) 281.
Whittingham, Harold s. Walker, Charles 552.
Wickham et Degrais (Radiumemanation) 59.
— Degrais et Slavik (Angiombehandlung) 717.
— — — — (Carcinom-Radiumbehandlung) 554.
Wideröe, Sofus (Sporotrichosis) 284.
Wieland, E. (Rachitis) 171.
Wieting (Kriegschirurgie) 408.
— (Kriegschirurgische Erfahrungen) 14.
Wilborts, A. s. Méry, H. 251, 663.
Wilke (Riesenzellenbildung) 257.
Williams, A. W. (Appendicitis) 366.
— — — (Appendicitisbehandlung) 302.
— Espy M. (Magengeschwüroperation) 364.
Wilms (Knochengelenktuberkulose) 624.
— (Pes valgus) 776.
— (Pfeilerresektion) 260, 435.
— (Rippenquetsche) 499.
Wilson, Louis B. (Splenomegalie) 761.
— Thomas (Hodenendotheliom) 708.
Wimmer, August (Rückenmarksläsionen) 645.
Winkler (Fußgeschwulst) 632.
Winter, Ludwig (Kleincystische Ovariendegeneration) 385.
Witt, Lydia M. de s. Corper, Harry J. 716.
Witzel, Anton (Kieferbruch) 728.
— O. (Hernia permagna) 447.
Wohlauer, Franz (Kahnbeinerkrankung) 88.
Wohlwill, Fr. (Posttraumatische Psychosen) 672.
Wolf, Ella (Septische Allgemeinerkrankungen) 544.
Wolfendale, Geo. A. (Epididymitis) 617.
Wolff (Gastrotomie) 456.
— Ernst (Pankreaserkrankungen) 78.
— Paul (Catgutfrage) 144.
— Siegfried (Facialislähmung) 179.
Wolfsohn, Georg (Staphylokokkenvaccin) 138.
Wolknowa (Situs viscerum inversus) 647.
Wolkowitsch, Nicolai (Blasenscheidenfisteloperation) 198.
Wollin, H. (Bauchdeckentumor) 811.
— Hans (Intussuszeption) 36.
Wollstein, Martha, and S. J. Meltzer (Intrabronchiale Insufflation) 746.
Wolters (Trikresolformalin) 415.
Wood-Jones, Frederic (Hinrichtungen) 66.
— — (Ischiadicusanatomie) 627.
Woodward, H. M. M., and K. B. Clarke (Bacterium prodigiosum) 172.
Work, James A. (Gallensteine) 761.

Worms, G., et A. Hamant (Priapismus) 838.
Wossidlo, Erich (Blasenfistelkapseln) 97.
Wrede (Herzmassage) 557.
Wreden, R. R. (Kniebeugecontracturen) 847.
Wrigley, P. R., and Manfred Moritz (Coecumvolvulus) 190.
Wrzesniowski, W. v. (Gelenktuberkulose) 625.
Wrzosek, Adam (Mäusecarcinom) 94.
Wurtz, M. (Speiseröhrenfremdkörper) 349.
Wynter, W. Essex, and John Murray (Ascitesbehandlung) 221.
Wyss, H. v. (Thoraxdruck) 510.

Yatsushiro, Toyoo (Leukocytenemigration) 169.
Yeomans, Frank C. (Coecosigmoidostomie) 272.
Yorke, Courtenay (Oesophaguscarcinom) 219.
Young, Archibald (Metatarsusluxation) 488.
— Hugh Hampton (Prostataoperationstechnik) 162.
— James K. (Skoliosenmesser) 416.

Zaaijer, J. H. (Kardiacarcinomresektion) 457.
Zabel, Erich (Perniziöse Anämie) 214.
Zahn, Friedrich (Volvulus) 596.
Zahradnicky (Appendicitisoperation) 518.
Zalewska-Ploska, Celina (Rückenmarkszweiteilung) 574.
Zembrzuski, Ludwik (Peritheliom) 95.
Zesas, Denis G. (Magentuberkulose) 818.
Zilz, Juljan (Mundhöhlensporotrichose) 797.
— — (Wangenaktinomykose) 792.
Zimmermann, Alfred (Aspirierte Fremdkörper) 150.
Zindel, Leo (Hodenbestrahlung) 615.
Zitronenblatt (Nabeladenome) 360.
Znojemsky (Wurmfortsatzdivertikel) 366.
Zoarski, Jan (Peniscarcinom) 661.
Zoeppritz, B. (Kaiserschnittmethoden) 385.
Zografides, A. (Ohrmuschel-Ekchondrom) 26.
— — (Tracheafremdkörper) 150.
Zondek (Knochencallus) 718.
— (Nierengefäße) 764.
Zuber (Myxödem) 806.
Züllig, J. (Wunddiphtherie) 202.
Zur Mühlen, A. v. (Nasennebenhöhlenerkrankungen) 680.
Zur Verth (Seekriegsverletzungen) 724.
— — M., und K. Scheele (Induratio penis) 530.
Zweig, Ludwig (Opsonogen) 318.
Zytowitsch, M. (Bronchoskopie) 428.

Sachregister.

Abbotts Methode der Scoliosen Behandlung (Calve u. Lamy) 342; (Joachimsthal) 740; (Little) 798; (Vulpius) 799.
— Methode der Behandlung der alten Skoliosen. (Calot u. Privat) 798.
Abdomen s. a. Bauch.
Abdominal-perineale Methode, Resektion eines Megasigmoideum und Megarectum nach kombinierter (Pauchet) 120.
Abdominalsacraloperation des Rectumcarcinoms (Dahlgren) 600.
Abducenslähmung nach Lumbalanästhesie mit Stovain (Tenani) 288.
Abführmittel, subcutane Injektion von (Etienne) 299.
Abrißfraktur des Tuberculum majus humeri (v. Erps) 709.
Absceß, spondylitischer kalter, Durchbruch in die Lunge (Dollinger) 149.
—, subphrenischer (Mauclaire) 220.
—, mastoiditischer, kompliziert durch perisinuösen Absceß (Hays) 149.
—, extradurale, bei Ohreiterungen (Gofman) 420.
—, Hals — mit Ausgang vom Ohr (de Carli) 67.
Accessorischer Gang am Penis, Isolierte primäre Gonorrhöe eines (Lenartowicz) 276.
Achsencylinder, Degeneration und Regeneration des (Ingebrigtsen) 490.
Acidose als Ursache der postnarkotischen Störungen (Chauvin u. Deconomos) 286.
—, postoperative (Levison) 314.
Acne, Finsenbehandlung bei (Reyn) 333.
Acusticustumor (Mertens) 735.
— Kenntnis des (Berlstein u. Nowicki) 735.
Adamantinome (Hesse) 26.
— des Unterkiefers (Goris) 797; (Ruff u. Hornowski) 644.
Adenitis, intraappendiculäre, und Appendicitis (Courtin) 119.
Adenome des Dünndarms (Hartmann) 651.
— der Leber, primäres (Gordinier u. Sawyer) 273.
— des Mundes (Marx) 681.
— des Nabels, Kasuistik und Histogenese der (Zitronblatt) 360.
— der Thyreoidea und Prostata, Wachstumszentren (Simpson) 429.
Adenomyom, malignes, des Mesenteriums (Ludwig) 585.
Adenomyomatose, subseröse, des Dünndarms (de Jong) 223.
Aderhautablösung, entstanden durch traumatische Linsenluxation (Davids) 63.
Adhäsionstherapie in der Chirurgie und Dermatologie (Dreuw) 397.
Adnexe, Exstirpation entzündlich erkrankter (Beuttner) 384.
Adnexe, eingeklemmte Hernien der (Matthey) 452.
Adnex-Erkrankungen, tuberkulöse, Bedeutung der Darmläsionen für die Operationsprognose bei (Degouttes u. Olivier) 619.
—Erkrankungen, Unheilbarkeit, Schmerz und Blutbefund bei (Lizcano) 385.
Adnexitis, Perkussion der 189.
—Hernie, Beitrag zum Studium der (Heineck) 73.
—Tuberkulose durch Typhusbacillen mischinfiziert (Fullerton) 479.
Adrenalin-Cocaineinwirkung auf die Dura mater zwecks Epilepsiebehandlung (Meisel) 731.
—Glucosurie, Pankreassekretion bei (Paglione) 523.
— und Hypophysinkombination, klinische Verwendbarkeit (Houssay) 667.
— in den Nebennieren (Nowicki) 655.
Äther, Apparat verwendbar für die allgemeine Anästhesie durch (Caillaud) 289.
—, Bauchhöhlenspülung mit (Morestin) 361; (Souligoux) 361.
—, Insufflationsnarkose mit (Giffard u. Fraser) 557; (Robinson) 638.
—Mischnarkose (Grunert) 15.
—Narkose, neuer Apparat zur (Beach) 331.
—Narkose, Einfluß auf die physikalisch-chemische Beschaffenheit des Blutes (Oliva) 207.
—Narkose, intravenöse (Graef) 246; (Kümmell) 556.
—, Technik seiner Darreichung (Bailey) 245.
—Tropfnarkose (Grunert) 15.
—Tropfnarkosen nach vorheriger Injektion von Pantopon-Atropinschwefelsäure (Kisch) 330.
—Tropfnarkose, Vorzüge der (Pellegrini) 409.
—Verdampfer, neuer (Connell) 676.
—, warmer oder kalter? (Hervey) 409.
Äthylchlorid, Anästhesie mit (Hadfield) 638.
—, Apparat verwendbar für die allgemeine Anästhesie durch (Caillaud) 289.
Ätiologie der Hauttuberkulose, insbesondere des Lupus vulgaris (Rupp) 238.
After s. Anus.
Agglutinine, lokale, in der Tuberkulosediagnostik (Karwacki) 548.
Ahlfeldsche Methode der Händedesinfektion (Schaeffer) 331.
Akroasphyxia chronica hypertrophica, Knochenveränderungen bei (Finkelnburg) 542.
Akromegalie s. a. Hypophysis.
— und Hypophysentumor (Massini) 212.
—, Beziehungen zu Hypophysenveränderungen (Cushing) 794.
—, akromegaler Riesenwuchs und „formes frustes" der (Marquès u. Peyron) 24.
Aktinomyces, Verfahren zur isolierten Darstellung des (Kaestner) 141.

Aktinomykosen (Foulerton) 547; (Gougerot) 204.
—, 78 Fälle von (Foulerton) 322.
—, klinische Zeichen (Kellock) 495.
— der Knochen (Lovell) 495.
— der Leber mit Perforation der Bauchwand (Seenger) 157.
—, Röntgenbestrahlung der (Levy) 93.
— der Speicheldrüsen (Guttmann) 291; (Lenormant) 739.
— und Sporotrichose der Mundhöhle (Zilz) 797.
— der Wange, primäre (Zilz) 792.
— nach Zahnextraktion (Padgett) 495.
Albumose, Bence-Jones-, im Urin und multiples Myom (Shennan) 785.
Alkalien, Behandlung septischer Prozesse mit (Vorschütz) 668.
Alkoholdesinfektion mit und ohne vorherige Seifenwaschung (Ozaki) 143.
Alkoholinjektion ins Ganglion Gasseri zur Behandlung schwerer Gesichtsneuralgien (Alexander u. Unger) 98.
—, Behandlung der Trigeminusneuralgie mit (Kryński) 250.
— wegen Neuralgie, Hyoscinmorphiumanästhesie bei (Harris) 564.
— in den N. laryngeus sup. bei Kehlkopfkrebs (Bourgeois) 804.
— zur Behandlung von Schluckbeschwerden bei tuberkulöser Laryngitis (Bertran y Castillo) 428.
Allgemeinnarkose s. a. Narkose.
— (Grunert) 15.
Alttuberkulin und Aurum-Kalium cyanatum, kombinierte Behandlung des Lupus mit (Bettmann) 782.
Alypin, Dosierung des (Impens) 143.
Ambardsche Konstante in der Nierenfunktionsprüfung (Legueu) 656.
— Methode zur Nierenfunktionsbestimmung (Goldberger) 196.
Amidoazotoluolsalbe, klinischer Wert (Dobrowolskaja) 282.
Aminogenese des zentralen Nervensystems, Einfluß des Tetanus- und Diphtherietoxins auf die (Soula) 492.
Amnionmembranen, konservierte, Überpflanzung von, auf Brandwunden und Ulcera (Stern) 778.
Amöben-Leberabscesse, abnorme Formen (Thevenot, Lucien u. Plontz) 601.
Ampulla recti, Entfernung einer verschluckten Nadel aus (Frank) 226.
Amputatio tibiae sub genu, osteoplastische epiphysäre (Franke) 136.
Amputationen, Infiltrationsanästhesie bei (Krüger) 789.
—, Technik des beweglichen Stumpfes bei (Slawinski) 661.
Amylenhydrat-Narkose (Keppler u. Breslauer) 16.
Amyloid, lokales tumorförmiges, Beitrag zur Kenntnis des (Schönhof) 95.
Amyotrophische Lateralsklerose (Mendel) 285.
Anaemie bei Magencarcinom (Harrington u. Kennedy) 240.
—, perniziöse, Beziehungen zum Carcinom (Heinrichsdorff) 141.
Anaemie, perniziöse, Ablehnung der traumatischen Entstehung (Bennecke) 201.
—, perniziöse, Brennen auf der Zunge als Frühsymptom (Zabel) 214.
— splenica, Splenektomie bei (Ambrose) 762.
Anaërober Spaltpilz, Kleinhirnabsceß bedingt durch (v. Hibler) 493.
Anästhesie s. a. Infiltrations-, Leitungs-, Lokal-, Lumbal-, Spinal-Anästhesie.
— s. a. Narkose.
—, allgemeine, mit verkleinertem Kreislauf (Delajenière) 674.
—, allgemeine, Apparat verwendbar für alle Anaesthetica (Caillaud) 289.
— mit Aethylchlorid (Hadfield) 638.
—, allgemeine, auf intravenösem Wege (Honan u. Haßler) 410.
— durch intravenöse Paraldehydinjektionen (Noel u. Souttar) 16.
—, medulläre (Nicosia) 411.
— des Rückenmarks mit Stovain (Bedeschi) 411.
—, Extradural- (Läwen) 18.
—, hohe extradurale, Kippstuhl zur Ausführung der (Schlimpert) 96.
—, Lokal- und Nervenleitungs- (A.W. Meyer) 787.
—, Mandibular-, äußere (Gadd) 412.
—, lokale, des Plexus brachialis, Phrenicuslähmung nach (Stein) 788.
—, supraclaviculare, des Plexus brachialis (Neil u. Crooks) 288.
— des N. ischiadus (Babitzki) 289, 640.
— der Nervi vagi (Roith) 725.
Anästhesierung der rechten Darmbeingrube bei der Operation der chronischen Appendicitis (Fowelin) 499.
—Verfahren, Beobachtungen über einige neue (Latham) 410.
Anästhesierte, Ernährung der (Chauvin u. Oeconomos) 491.
Anaesthetica, Darreichungsweise in Amerika (Berry) 245.
Anaestheticum bei Bauch- und Beckenoperationen (Skeel) 445.
Analfissur und Analfistel, Behandlung (Humphreys) 600.
Analfistel (Tracy) 273.
Anaphylaxie (Much) 543.
— bei hämorrhagischen Diathesen (Welch) 281.
— und Immunität (Belin) 667.
—, 3 Jahre nach Injektion von Rouxschem Tetanusantitoxinserum (Gueit) 319.
— nach Sensibilisierung mit Diphtheriepferdeserum (Aviragnet u. Hallé) 139.
Anastomosenkanal, Vena jugularis interna mit Sinus petrosus superior verbindend (Vallois u. Vinon) 678.
Anatomische Grundlagen wichtiger Krankheiten (Jores) 489.
Aneurysma, doppeltes übereinander gelagertes, der rechten Arteria poplitea (Desplas u. Guimbellot) 631.
— der Arteria subclavia, nervöse Krankheitserscheinungen hervorgerufen durch (Magaudda) 532.
— des oberflächlichen Hohlhandbogens (Rastouil) 627.

Aneurysma des oberflächlichen Hohlhandbogens als Berufsleiden (Regnault) 533.
—Operation, ideale (Coenen) 723; (Lexer) 775.
— nach Schußverletzungen (Bergasse) 15; (Colmers) 177; (v. Frisch) 176, 723; (Mühsam) 554; (Soubbotitch) 328.
—, traumatische, experimentelle Erzeugung von (Pignatti) 141.
Angina Ludovici und Phlegmone der Zunge (Kutvirt) 505.
Angioendotheliom der Leber, primäres (B. Fischer) 704.
Angiogene Halscyste (Sokoloff) 256.
Angiolipom der Hand nach Autoplastik (Tourneux) 711.
Angiolupoid (Brocq u. Pautrier) 173.
Angiome des Darmes und der Flexura sigmoidea mit profuser Hämorrhagie (Tuffier) 302.
—, erektile, Behandlung durch Radium (Wickham, Degrais u. Slavik) 717.
— des Kehlkopfes und chronische Laryngitis (Phillips u. Ruh) 575.
Anilinfabriken, Blasengeschwülste bei Arbeitern in (Lewin) 658.
Anilinfarben, Einfluß der, auf die Blase (Leuenberger) 275.
Ankylosen, operative Behandlung (Wreden) 847.
— des Ellbogens, angeborene (Bychowsky) 844.
— der Extremitäten, moderne Behandlung der (Charbonnel) 309.
—, kongenitale hereditäre, der Interphalangealgelenke (Morgenstern) 133.
— des Kiefergelenks, doppelseitige (Chateau u. Ponroy) 570.
— des Kniegelenks, Mobilisierung (Eiselsberg) 135.
—, Wiederbildung von Gelenken nach (Murphy) 90.
Anociassoziation nach Crile (Crile) 106.
Ano-rectale Operationswunden, Behandlung der (Asman) 759.
Anovarthyreoidserum (Hoffmann) 685.
Antidiphtherieserum zur Behandlung der Hämoglobinurie (Marie u. Rouèche) 657.
Antimeningokokkenserum bei gonorrhoischen Gelenkerkrankungen (Compan) 482.
Antimeristem bei Krebs (Kafemann) 174.
Antiparameningokokkenserum, Meningitis durch den Parameningokokkus, behandelt und geheilt durch (Mery, Salin u. Wilberts) 251.
Antisepsis auf dem Schlachtfelde (Antoniu) 175.
— der Wunden (Pech) 415.
Antistaphylokokkenserum, polyvalentes, Herstellung und Anwendung (Thomas) 779.
Antistreptokokkenserum bei Appendicitis (Hildige) 821.
— Aronson zur Behandlung von Holzphlegmonen (Thedinga) 318.
—, Behandlung des Erysipels mit (Welz) 780.
—, lokale Anwendung bei Impfgeschwüren (Sexton) 546.
Antithyreoidinserumkur bei Morbus Basedow (Rubino) 578.
Antitoxin-Behandlung, Behringsche, der Diphtherie (Reiche) 235.
—, präventive Injektion von, trotz abnorm verlaufendem Tetanus (Curtillet u. Lombard) 203.
Anus s. a. Mastdarm.
— -Bandage, praktische künstliche (Decker) 561.
— praeternaturalis, bei jeder Operation eines Mastdarmkrebses (Miles) 225.
Aortensystem, Gefahren operativer Blutverluste bei angeborener Enge des (Melchior) 138.
Aortitis, Fieber bei (Graziadei) 806.
Apoplexie behandelt mit Gelatine (Fornaseri) 336.
— des Pankreas (Slawinski) 704.
Apparat, Tag- und Nacht-, bei suprapubischer Blasenfistel (Loumeau) 247.
— zur Erzielung eines gleichmäßigen intravenösen Einlaufs (Rohde) 56.
— für die Insufflationsnarkose (Rogers) 247.
Appendektomie, operative Mobilisierung des Coecums bei (Krüger) 76.
— subseröse (Derganc) 368; (Kaefer) 699.
—, subseröse, im Intervall (Bérard u. Vignard) 822.
—, Technik der (Bertelsmann) 822.
Appendicitiden, Lokalanästhesie bei (Chaput) 287.
Appendicitis (Helbing) 189.
—, Komplikation durch Abscesse in der Leber (Lastotschkin) 758.
— und intraappendiculäre Adenitis (Courtin) 119.
—, akute, Behandlung (Belaustegui) 270.
—, akute, neuzeitliche Behandlung (Williams) 302, 366.
—, Antistreptokokkenserum bei (Hildige) 821.
— des Beckens (Handley) 41.
—, chronische (Krecke) 758.
—, chronische, Verschiebung des Arnethschen Blutbildes bei (Samoilo) 758.
—, chronische, Bastedosches Phänomen, Symptom bei (Hertz) 699.
—, chronische, diagnostische Zeichen (Aaron) 270.
—, chronische, an der linken Seite (Podevin u. Dufour) 224.
—, chronische, Beziehung zu chronischen Netzentzündungen (Haller) 584.
—, chronische, Anästhesierung der rechten Darmbeingrube bei der Operation der (Fowelin) 499.
—, chronische, und kleincystische Degeneration der Ovarien (Lapeyre) 699.
—, chronische, Rectalpalpation als diagnostisches Zeichen der (Reder) 653.
—, chronische und tuberculöse, beim Kinde (Lereboullet) 155.
—, noch nicht beschriebene Form, Darmresektion bei (Boeckel) 155.
—, Differentialdiagnose der (L. Mayer) 119.
—, Entstehung der (Corner) 270.
—, Frühoperation der (Atkinson) 518; (Owen) 224; (Wagner) 598.
—, gangränöse (Hughes) 189.
—, Verhältnis der Erkrankungen der weiblichen Genitalien zur (Szili) 230.
— auf gynäkologischem und geburtshilflichem Gebiet 42.
—, Operation im Intermediärstadium (Bertelsmann) 822.
—, schwere Intoxikationen als Folgezustand der (Péraire) 821.
—, chronische Intussuszeption als Folge einer überstandenen (Wollin) 36.

Appendicitis im Kindesalter (Green) 224.
— und Meckelsches Divertikel (Brennecke) 443.
—, Meningitis nach (Chartier) 156.
—Operation, Erfolge der (Zahradnicky) 518.
—, sofortige Operation bei 822.
—Operation, Wahl des Einschnittes bei (Robineau) 460.
— ex oxyure (Rheindorf) 367.
—, Oxyuren-, Fall von (Garin u. Chalier) 653.
— und Paratyphus-B. (Merrem) 821.
—, Perkussion des Hüftbeins bei 189.
— und Pneumonie, Differentialdiagnose (Boehme) 821.
—, Ricinusbehandlung der (Sorge) 460.
— bei Scharlach (O. Meyer) 519.
—, epigastrischer Schmerz bei (Solieri) 821.
—, Schnittlänge, Bauchspülung, Bekämpfung der Darmlähmung bei (Dobbertin) 269.
—, Spätblutungen bei (Hauch) 460.
—, traumatische, Fall von (Daniel) 42.
— und Typhlitis (González) 518.
— beim Weibe (Rousseau u. Cassard) 224.
Appendicocele (Daniel) 302.
Appendicopathia oxyurica (Aschoff) 270.
Appendicostomie (Arnaud) 700.
— zur Heilung der Colitis ulcerosa (González) 369.
— bei Hirschsprungscher Krankheit (Carr) 701.
— an Stelle von Kolostomie zur Behandlung des Darmverschlusses (Spencer) 190.
Appendix-Ausschaltung (Steinmann) 518.
—Ausschaltung nach Kofmann (Krüger) 76; (Neugebauer) 76.
—, Entfernung bei eingeklemmtem Bruch beim Säugling (Etienne u. Aimes) 693.
—Carcinom, Lipoidgehalt des sog. (Maresch) 119.
—Chirurgie (Aldous) 366.
—, Choledochusersatz durch Einpflanzung der (Molineus) 602.
—, Divertikel und Cysten der (Bérard u. Vignard) 822.
—, Entzündung, Geschwülste und Divertikel der (Znojemsky) 366.
—, Fremdkörper in der (Retzlaff) 365.
—, Funktion der (Corner) 270.
—, Gangrän einer Dünndarmschlinge und der (Malcolm) 189.
—, Ersatz eines Harnröhrendefekts durch die (v. Angerer) 834.
—, primärer Krebs der (Graham) 368.
—, Leistenhernie der (Fowler) 153.
—, Palpation der (Bjalokur) 302.
— im Röntgenbilde (Cohn) 598, 699; (Groedel) 699.
—, Schleimaustritt aus der (Vecchi) 271.
—Stumpf, selbsttätige Einstülpungsnaht für den (Bartlett) 119.
—Stumpf versenkt mittels Tabaksbeutelnaht (Parkes) 156.
—, Tastbarkeit der (Biatokur) 366.
—, Folgen der Unterbindung der (Ssobolew) 366.
—, Verdoppelung der (Läwen) 583.
—, ungewöhnlicher Verlauf, mit Hochlagerung des Coecums (Türschmid) 652.
Archiv für klinische Chirurgie (Brüning) 393.
Arnethsches Blutbild, Verschiebung bei chronischer Appendicitis (Samoilo) 758.
Aronsons Antistreptokokkenserum zur Behandlung von Holzphlegmonen (Thedinga) 318.
Arsen-Zinnoberpaste, Wirkung auf Tumoren (Kafemann) 174.
Arteria-brachialis, Beziehung zwischen dem Blutdruck der Fingerarterien und der (Punin) 713.
— brachialis, partielle Naht der (Fowelin) 310.
— carotis communis, seltene Indikation zur Unterbindung (Eisengräber) 22.
— carotis communis, Abklemmung durch ein Metallband (Stoney) 344.
— carotis communis, Unterbindung der (Smoler) 294.
— colica media, Verletzung der, bei Magenoperationen (Cunéo) 301.
— coronaria ventriculi, Verletzung der (Le Roy des Barres) 596.
— femoralis, operierte Embolie der (Key) 845.
— femoralis, Lage der (Wood-Jones) 627.
— femoralis, zirkuläre Naht der (Fowelin) 310.
— mesenterica, vorübergende Embolie der (Bornstein) 515.
— mesenterica, Ruptur eines Astes der, bei einer Schwangeren (Ducuing u. Florence) 515.
— poplitea, doppeltes übereinander gelagertes Aneurysma der (Desplas u. Guimbellot) 631.
— subclavia, nervöse Krankheitserscheinungen hervorgerufen durch Aneurysmen der (Magaudda) 532.
— tibialis postica, Einnähung der Vena saphena magna in (Perimow) 231.
Arterielle Arrosionsblutung nach Anwendung alter Novocainlösungen zur Infiltrationsanästhesie (v. Gaza) 788.
— Gefäße, Verteilung der, in der Haut (Bellocq-Irague) 628.
Arterien, Blutstillung bei Schußverletzungen der (Bergasse) 15.
—Läsion in Fällen von „Halsrippe" (Todd) 67.
—Naht s. a. Gefäßnaht.
—Nähte, Apparat für (Cunha) 208.
—Naht, 2 Fälle von (MacLaurin) 711.
—Verletzung durch Schuß (Rouvillois) 232.
—, Widerstandskraft gegenüber dem Eiterungsprozeß (Palazzo) 397.
—Wunden, Heilungsprozeß der (Pignatti) 141.
Arteriitis obliterans, nichtsyphilitische, mit intermittierendem Hinken (Parkes-Weber) 133.
Arteriomesenterialer Darmverschluß (Bollag) 586
— Duodenalverschluß (v. Haberer) 40.
Arteriosclerose des Magens, Blutbrechen infolge von (Bitot u. Mauriac) 365.
Arteriovenöse Anastomose (Bernheim) 482.
— Anastomose zur Behandlung von Gefäßverschlüssen (Villard u. Perrin) 51.
Arthigon-Behandlung der Arthritis gonorrhoica (Farkas) 236; (Tedesko) 621.
Arthriten, purulente, bei Säuglingen, ihre Bedeutung für zukünftige Deformitäten (Edberg) 841.
—, chronische, und tuberkulöser Rheumatismus (Poncet) 621.
Arthritis deformans (Axhausen) 91. 542.
— deformans, Behandlung (Hayes) 778.

Arthritis, Einteilung der (Berry) 90.
— gonorrhoica, Arthigonbehandlung der (Farkas) 236; (Tedesco) 621.
—, chronische synoviale, Fall von Hysterie unter dem Bilde einer (de Lucchi) 166.
—, Zulässigkeit der Ileokolostomie bei (Daniel) 356.
—, chondrocostale und chondrosternale tuberkulöse (Lozano) 686.
—, tuberkulöse, des Ellbogens (Lozano) 709.
—, tuberkulöse des Handgelenks (Lozano) 710.
—, tuberkulöse, Heliotherapie bei (Jaubert) 791.
Arthrodese des Fußgelenks (Schönenberg) 86.
— des Hüftgelenkes (Vulpius) 629.
—, Indikationen der (Böcker) 535.
Arthropathien, tabische (Blencke) 621.
Arthussches Phänomen mit Gangrän bei Diphtherie (Aviragnet u. Hallé) 139.
Artificieller Pneumothorax, pleuritische Ergüsse nach (Pisani) 262.
Artilleriegeschoß-Verletzungen (Exner u. Heyrovsky) 243.
Artillerieverletzungen im Balkankrieg (Monprofit) 329.
Artrogoniometer (Galeazzi) 20.
Aryknorpel, Exstirpation des, bei Kehlkopfstenose (Iwanoff) 295.
Ascariden, Darmverschluß durch (Ruland) 515.
Ascaridiasis der Gallenwege (Rosenthal) 603.
Ascaris im Ductus hepaticus (Hinterstoisser) 603.
Ascites, subcutane Ableitung von (Wynter u. Murray) 221.
—, subcutane Ableitung ohne Drains (Evler) 221.
—, Dauerdrainage bei (Dobbertin) 446; (Perimoff) 37.
—, Diagnose und Behandlung (Gy) 812.
—Ergüsse, Dauerdrainage stagnierender, in das Zellgewebe (Henschen) 37.
—, Behandlung seröser Ergüsse bei (Planelles) 446.
—, Heilung durch Talmasche Operation (Tansini) 299.
Askoli-Meiostagminreaktion bei malignen Tumoren (Brüggemann) 239.
Asphyxie, erste Hilfe mittels direkter Einblasung von Luft bei (Kuhn) 558.
Aspiration, Nachbehandlung des Pleuraempyems mit (Lawrow) 298.
Asthma thymicum und Status lymphaticus, Komplementbindungsreaktion bei (Luzzatti) 107.
Asymmetrie des Schädels bei Entwicklungsfehlern des Ohres (Sak) 422.
Atherom, Erblichkeit (H. Schneider) 239.
Atheromatose der A. tibialis post., Subluxation des Fußes bei (Toussaint) 392.
Atlasbogen, Sarkom des hinteren (Jourdan u. Economos) 341.
Atonie und Gastroptose (Disqué) 266.
Atresie des Duodenums (Weber) 518.
—, kongenitale, des Oesophagus (Brennemann) 432.
— des Oesophagus mit Verlagerung der Eingeweide (Petersen) 433.
Atrophie, isolierte, einzelner Daumenballenmuskeln bei Feilenhauern (Teleky) 484.
— der Handmuskeln, bedingt durch Halsrippen (Weber) 216.
Atrophie der Handmuskeln, einseitige, bei beidseitiger Halsrippe (Weber) 575.
— der Leber, akute gelbe, nach Chloroformnarkose (v. Brackel) 286.
— der Prostata, Chirurgie der (Posner) 660.
Atropin zur Behandlung von Magenkrankheiten (Pletnew) 694.
Atropinschwefelsäure, vorherige Injektion bei Äthertropfnarkose (Kisch) 330.
Auer-Meltzer, intratracheale Insufflationsnarkose nach (d'Avack) 289.
Auge s. a. Lidrand.
—Affektionen, rhinogene (Kellner) 337.
—, Eisensplitter im (Ammann) 293.
—Erscheinungen in ihrer Beziehung zur Diagnose intrakranieller Erkrankungen (Semple) 210.
—, Fremdkörper im (Rogers) 148.
—, Nachweis von Fremdkörpern im, mittels der Röntgenstrahlen (Haudek) 568.
—Hintergrund bei intrakraniellen otitischen Komplikationen (Ferreri) 564.
—Höhle s. Orbita.
—Krebs, Kontaktinfektion bei (Giri) 643.
—Lider, Epitheliom des Winkels der (Morelle) 568.
—Lider, Sporotrichosis der, Tränenfistel vortäuschend (Morax) 680.
—, Lokalanästhesie am, mit besonderer Rücksicht auf Eusemin (Adler) 243.
—, Röntgenographie von Fremdkörpern im (Stover) 148.
—Symptome bei Erkrankungen der Nebenhöhlen (Fridenberg) 148.
—, Tetanus nach Verletzungen des (Aubaret) 738.
—Tuberkulose (Guzmann) 102.
—Verletzungen (Leonoff) 502.
Aurum-Kalium cyanatum, kombinierte Behandlung des Lupus mit Alttuberkulin und (Bettmann) 782.
—Kalium cyanatum (Merck), intravenöse Infusionen bei äußerer Tuberkulose und Lues (Bruck u. Glück) 139.
Autokeratoplastik in der Operation des Pterygiums (Terson) 567.
Automatische Pistolen vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt (Leclercq, Guénez u. Noailles) 327.
Autoplastik, Angiolipom der Hand nach (Tourneux) 711.
— der Gelenke (Lexer) 842.
— der Wangengegend (Lefèvre) 563.
Autoserotherapie bei fibrinöser Pleuritis (Fishberg) 807.

Bacillus, Bacillen (vgl. a. Bakterien).
— s. a. Pneumobacillus.
— s. a. Tuberkelbacillen.
— s. a. Typhusbacillen.

Colibacillus.

—, coliartige, symbiotisches Wachstum von gasbildenden und nicht gasbildenden (Bradley) 635.
— der Coligruppe, Gasbildung (Schönberg) 612.
—Morgan und B. typhosus, gemeinsame Wirkung auf Mannit (Bradley) 635.
— des Schweinerotlaufs, Ursache von Panaritium (Mauclaire) 202.

Bacillus-Paratyphus B und Appendicitis (Merrem) 821.
— Paratyphus B mit Darmperforation (Grenier) 459.
— paratyphosus-B in einem Pleuraexsudat (Frank) 110.
— Paratyphi B, experimentelle Pseudotuberkulose durch eine Varietät des (Kirch) 669.
—, Pneumo-, Friedländer, Fall von Septicämie durch den (Valette u. Ramond) 138.
—Pyocyaneus in der Luft von Operationsräumen (Puccinelli) 789.
—Pyocyaneus, akute Sepsis hervorgerufen durch (Clarke) 545.
—, Tuberkel-, im strömenden Blut (Querner) 283; (Rosenberg) 284; (de Verbizier) 636.
—, Tuberkel-, intraperitoneale Lysis der (Manwaring u. Bronfenbrenner) 810.
—Typen von Knochen- und Gelenktuberkulosen (Fraser) 781.
—Typhosus, Wirkung auf Mannit (Bradley) 635.
Bacterium, Bakterien (vgl. a. Bacillen).
—Anaphylatoxin (Hamm) 235.
— coli bei gonorrhoischer Cystitis (Castorina) 833.
— coli, Untersuchungen bei Harneiterungen durch (Cohn u. Reiter) 525; (White) 705.
— colipyämie (Hamm) 235.
—, Durchlässigkeit der Darmwandungen für (Poddighe) 512.
—Flora in der umgebenden Luft und auf dem Operationsfeld (Puccinelli) 789.
— prodigiosum, Infektion mit, beim Menschen (Woodward u. Clarke) 172.
—Toxine, Kenntnis der Wirkung auf die Gefäßwand (Läwen u. Dittler) 492.
Balkan (Lucas-Championnière) 14.
Balkankrieg (Lotsch) 555; (Schliep) 555.
— belgische Ambulanz in Konstantinopel während des (Depage) 554.
—, chirurgische Erfahrungen im deutschen Roten-Kreuz-Lazarett in Belgrad im (Mühsam) 554.
—, Kriegschirurgie im (Colmers) 177; (Denk) 555; (v. Frisch u. Clairmont) 329; (Goldammer) 720; (Jurasz) 722; (Kirschner) 720, 722; (Kohl) 722; (Monprofit) 329; (Wieting) 14, 408.
—, Lehren des (Delorme) 724, 787.
—, die ersten Lehren (Legrand) 176.
—, in Konstantinopel beobachtete Verwundungen während des (Tartois) 14.
Balkenstich (Schloffer) 734.
Ballontamponade der Nase bei Blutungen (Hanszel 339.
Bandwurm, allgemeine eitrige Peritonitis durch (Danielsen) 447.
Bandy, Verletzungen beim (Bernhard) 497.
Bantische Krankheit, operative Behandlung (Goebel) 158.
— Krankheit, Heilung nach Splenektomie (Utrobin) 227.
Bardenheuersche Extensionsbehandlung bei Knochenbrüchen (Grune) 278; (Wegner) 772.
Bartholinitis (de Rouville) 83.
Baryum-Mahlzeit, diagnostische, als Ursache einer Magenperforation und eines Volvulus des Dünndarms (Fairise u. Caussade) 818.
Basedowsche Krankheit (Bing) 509; (Klose) 258.
—Krankheit, atypische Formen der (McKisack) 296.
— Krankheit, Diagnose der Formes frustes (Baumoel) 430.
— Krankheit, Funktion der Schilddrüse bei (Hosemann) 685.
— Krankheit, kinetische Theorie der (Crile) 106.
— Krankheit, pathologisch-anatomische Veränderung an inneren Organen bei (Chrustaljew) 217.
—Krankheit, Behandlung (Rubino) 578.
— Krankheit, chirurgische Behandlung der (Schlesinger) 32.
—Krankheit, chirurgische Eingriffe am Sympathicus bei (Chalier) 430.
— Krankheit, Chirurgie der Schilddrüse mit Berücksichtigung der (Berry) 296.
— Krankheit, behandelt mit Epithelkörperchen (Rosenberg) 347.
— Krankheit, Fieber bei (Graziadei) 806.
— Krankheit, Selbstheilung von (Grober) 32.
— Krankheit, Thymektomie bei (Capelle) 686; (v. Haberer) 685.
Basedow-Struma und Chirurgie der Schilddrüse (Berry) 429, 577.
—Struma, histologisches Bild im Verhältnis zum klinischen (Oehler) 347.
—Struma, Behandlung mit Röntgenstrahlen (Crouzon u. Folley) 106.
—Struma, Tuberkulose der (Oehler) 347.
Basedow-Symptome zum Schlusse des Lebens bei Brightscher Krankheit (Pulawski) 46.
Basisfrakturen, Cushings temporale Trepanation bei (Neel) 98.
Bassinis Methode bei Leistenhernien (Ehler) 448.
Bastedosches Phänomen, Symptom bei chronischer Appendicitis (Hertz) 699.
Bauchbrüche s. Hernia ventralis.
Bauch-Decken-Absceß, Infektion mit Paratyphus B (Pujol) 372.
—Decken, cystischer Tumor der (Wollin) 811.
—Deckenhalter (Panting) 331.
—Decken, Rekonstruktion der (Schultze) 360.
—, Fragen zur Drainage des (Barker) 185.
—Eingeweide, Vorfall von, nach Laparotomie (Galpern) 263.
—Fälle, akute, bei Kindern (Mummery) 263.
—Fall, ungewöhnlicher (Aikman) 530.
—Fell s. Peritoneum.
—Fenster, experimentelles, zum Studium der Darmbewegungen (Katsch u. Borchers) 114.
— Gegend, Gesichtsverfärbung bei Kompression der (Pélissier) 444.
—Geschwülste, entzündliche (Mieczkowski) 648.
—Geschwülste, Kenntnis der, im Kindesalter (Lorenzini) 359.
—Hernien s. Hernien des Bauches.
— und Beckenhöhle (Symington) 111.
—Höhle, Schmerzempfindung in der 71.
—Höhlen-Operation, Serviettenhalter bei (Kolinski) 561.
—Operationen, Folgen der (Delassus) 583.
—, Grundzüge der Operationstechnik des (Delétrez) 356.
—Organe, luetische Erkrankungen der (Hausmann) 111.

Bauch-Organe, Ptosis der, behandelt mit Bewegungsübungen (Oldenborg) 299.
—Schnitt, querer (Verhoogen) 444.
—Schüsse, Behandlung und Versorgung im Felde (Sorge) 674.
—, Schußverletzungen des (Schricker) 221.
—, Schußverletzung mit Browningpistole (Diwald) 444.
—Spalte, kongenitale, mit Verdoppelung des Coecums und des Wurmfortsatzes (Läwen) 583.
—Speicheldrüse s. Pankreas.
—Spülung bei Appendicitis (Dobbertin) 269.
—, Stichverletzung des, mit Durchbohrung beider Magenwände (Macewen) 75.
—, Tampondrainage des (Küster) 263.
—Venen, Bestimmung der Natur von Anomalien der (Johnston) 72.
—Verletzungen (Cope) 648.
—Wand, entzündliches Desmoid der (Trapl) 512.
—Wand, Fall von Aktinomykose der Leber mit Perforation der (Seenger) 157.
—Wand, Holzphlegmone der (Grant) 811.
—Wandschnitt bei Operationen an den Gallenwegen (Ernst) 702.
—Wandvorstülpung, Verhütung nach Laparotomien (Waljaschko u. Lebedjew) 222.
—Wunden, Brust-, penetrierende (Guleke) 744.
Becken-Appendicitis (Handley) 41.
—Boden, Hernie durch den (Montgomery) 186.
—Dammheizkissen, elektrisches, in Badehosenform (Freudenberg) 790.
—, fötale Entwicklungsstörungen (Falk) 740.
— und Bauchhöhle (Symington) 111.
—Mastdarmfistel mit Wismuthpaste behandelt (Crookall) 464.
—Neigung, Entstehungsweise übermäßiger (Fränkel) 628.
—, rhachitisch plattes, Darmverschluß nach Entbindungen bei (Rieck) 112.
—Venen, septische Thrombophlebitis der (Sanes) 618.
Becksche Wismutpaste, Vergiftung mit 92.
Behringsche Antitoxinbehandlung der Diphtherie (Reiche) 235.
— Diphtherieserum, altes (Ljanda u. Uspensky) 803.
Behrings Tetanusantitoxin (Curtillet u. Lombard) 203.
Beleuchtung des Operationsfeldes, Apparat zur (Prochownick) 561.
Beleuchtungs-Apparat mit Linse und Rheostat für Urethroskopie (Pedersen) 332.
Belgische Ambulanz in Konstantinopel während des Balkankrieges (Depage) 554.
Belgrad, chirurgische Erfahrungen im deutschen Roten-Kreuz-Lazarett (Mühsam) 554.
Bence-Jones Albumose im Urin und multiples Myelom (Shennan) 785.
Benediktsches Syndrom nach einem Trauma (Bychowski) 292.
Berufsdermatose bei Zahnärzten, hervorgerufen durch Trikresolformalin (Wolters) 415.
Berufskrankheiten der Photographen (Thiry) 416.
Bestrahlung, gefilterte (Nogier u. Regaud) 21.
Beugungsluxation des 5. Halswirbels (Sudeck) 507.
Bewegungsvorgänge am pathologischen Magen (Holzknecht u. Haudek) 453.
Bezoldsche Mastoiditis, chronische, durch Selbstverstümmelung (Nerger) 103.
Biceps s. auch Musculus biceps.
Biceps beider Arme, primäres Sarkom im (Carmichael) 84.
— brachialis, traumatischer Abriß der unteren Sehne des (Rocher) 231.
—, ungewöhnliche Geschwulst des (Gibb) 844.
—Riß, sogenannter typischer (Liniger) 626.
Biersche Stauung bei Behandlung der Gelenktuberkulose (Porter) 842.
Bifurkationslymphdrüsen, Resektion wegen Trachealstenose (Betke) 107.
Bilharzia der Blase, cystoskopische Bilder von (Josef) 707.
—Krankheit, Harnröhrenstein bei (Pfister) 196.
Bilharziasis (Pfister) 475.
Biliäre Peritonitis, Bemerkung zur (Salager u. Roques) 112.
Bindegewebe, Dauerleben von, außerhalb des Organismus (Ebeling) 538.
Bindehaut des Augapfels, Lymphangiom der (Erb) 213.
—, Lipodermoide auf, mit intrabulbären und anderen Anomalien (Stoll) 213.
Bismuteinlauf, radiologische Untersuchung des Coloncarcinoms mittels (Esmein, Rolland u. Desternes) 272.
Blase, Ausdehnung der, und Urinretention, veranlaßt durch einen in die Urethra eingekeilten Stein (Fabre) 477.
Blase bzw. Blasen-Ausschaltung wegen Tuberkulose (Caspar) 527.
—, Ausstülpung der (Houzel) 474.
—, Bilharzia der, cystoskopische Bilder (Josef) 707.
—Carcinom bei Anilinindustriearbeitern (Leuenberger) 275.
—Carcinom, chirurgische Behandlung (Watson) 476.
—Carcinom, Bedeutung epidermoidaler Bildungen in (Bolaffi) 477.
—Carcinom, kontrolliert mittels Hochspannungsstrom (Keyes) 195.
—, Cysten der (Hottinger) 658.
—, Erkrankung der, bei Diabetikern, Pneumaturie und scheinbares Aufhören der Glykosurie bei (Teschemacher) 658.
—Divertikel (Bryan) 380.
—Divertikel, angeborenes, radikale Behandlung (van Dam) 527.
—Ektopie nach der Methode von Heitz-Boyer und Hovelacque geheilt (Gosset) 473.
—Ektopie, Modifikation des Vorgehens von Cuneo, Heitz-Boyer und Hovelacque (Lastaria) 707.
—Ektopie, Plastik bei (Kielkiewicz) 706.
—, fast totale Exstirpation der, wegen Neubildung (Nicolich) 381.
—Fisteln, permanente, Kapseln für (Wossidlo) 97.
—Fisteln, suprapubische, Tag- und Nachtapparat bei (Loumeau) 247.
—, Fremdkörper der (Hautefort) 307; (Laporte) 659.
—Geschwülste bei Arbeitern in Anilinfabriken (Lewin) 658.

Blasen-Geschwülste, epitheliale (Ferulano) 276.
—Geschwüre (Buerger) 476.
—Hals, Contractur des (Chetwood) 306.
—Hernie, Studium der (Putzu) 451.
—Klappe, Ureter-, Wirkungsweise der (Draper u. Braasch) 123.
—Leistenhernie, doppelte (Cassanello) 222.
—, maligner Tumor der, von syncytialem Bau (Blecher u. Martius) 613.
—, tödliche Luftembolie nach Anfüllung der, mit Luft (Nicolich) 229.
—, Einfluß der, auf Mastdarmprolaps (Vidakovich) 225.
— Mund, neues Verfahren für kleine prostatische Barrieren und Contracturen des (Young) 162.
—Mündung, durch Fulguration befreiter Ureterstein, eingekeilt in (Furniss) 162.
—Naht, Erfahrungen beim hohen Steinschnitt an Kindern (v. Werthern) 126.
—, Operation in der, mit Hilfe von Hochfrequenzströmen (Bucky u. Frank) 381.
—Papillom, chirurgische Behandlung (Watson) 476.
—Papillom, cystoskopisch diagnostiziert (Negrete) 229.
—Papillome behandelt mit Hochfrequenzkauterisation (Binney) 833.
—, späte Perforation durch Seidenfaden (Grandjean) 195.
—, Permeabilität und Absorptionsfähigkeit der (Nicloux u. Nowicka) 833.
—, Plastik der, bei Ectopia (Kielkiewicz) 706.
— bei Prostatikern, Gefahren der schnellen und vollständigen Entleerung (Negrete) 529.
—, Wirkung von Extrakt aus menschlicher Prostata auf (Battez u. Boulet) 81.
—, Pseudotrichiasis und Pilimiktion (Heller) 162.
—Reizungen bei Anilinfarbstoffarbeitern (Leuenberger) 275.
—, Reparation von Substanzverlusten der (Greggio) 194.
—, Resorption von Gasen durch die (Bassat u. Uleau) 275.
—, Resorptionsfähigkeit der (Nicloux) 473.
—Ruptur, traumatische intraperitoneale (Baradulin) 475.
—, intraperitoneale Ruptur der (Lauenstein) 307.
—Scheiden-Fistelbehandlung (Mauclaire) 619.
—Scheidenfistel geheilt durch freie Fascientransplantation (H. H. Schmid) 839.
—Scheiden-Fistel, Operationsmethode bei (Wolkowitsch) 198.
—Schließmuskel, Urininkontinenz infolge Zerreißung des (Brickner) 612.
—Schnitt, suprapubischer, zur Exstirpation eines Blasenpapilloms (Negrete) 229.
—Spaltbildung, untere, Ausstülpung der Blase und Abschnürung des ausgestülpten Teiles (Houzel) 474.
—Spalte, kongenitale, mit Verdoppelung des Coecums und des Wurmfortsatzes (Läwen) 583.
—Steine, Cystoskopie bei (Marion) 659.
—Steine, Histologie der ägyptischen (Pfister) 475.
—Steine bei Kindern, chirurgische Behandlung (Trifiljew) 475.
Blasen- und Prostatasteine als Komplikation der transvesikalen Prostatektomie (Fowler) 835.
—Stein, Rectalprolaps verursacht durch (Guillet) 759.
—Stein, Spontanzertrümmerung eines (Christian) 476.
—Syphilis (Picker) 475.
—Tumoren, Exstirpation mit dem Cystoskop (Pillet) 126.
—Tumoren, frische Fälle von (O'Neil) 613.
—Tumoren, Frühdiagnose (Chute) 613.
—Tumoren behandelt mit hochfrequenten Strömen (Harpster) 306.
—Tumoren, Behandlung mit Hochfrequenzströmen auf cystoskopischem Wege (Bertolotti u. Ferria) 528.
—Tumor, primärer (Auvray) 477.
—Tumoren, skiagraphische Darstellung von (Kelley u. Lewis) 767.
—, einfaches perforierendes Ulcus der (Lefèvre) 230.
—Untersuchung bei Krebs der Cervix uteri (Cruet) 619.
Blastomycosis vorgetäuscht durch einen Fall von Sporotrichosis (Adamson) 323.
Blastomykose und Syphilis, klinische Ähnlichkeit mit Sporotrichose (Sutton) 547.
Bleilähmung oder Radialislähmung nach Unfall (Ewald) 710.
Bleisalbe, Gangrän mit enormer Blasenbildung nach Applikation einer (Mauclaire) 714.
Bleivergiftung bei Kriegsverletzungen (Reclus) 554.
Blepharoconjunktivitis, Diplobacillen-, Beziehung zum Mundwinkelgeschwür (Ischiwara u. Tsukada) 505.
Blinddarmentzündung s. Appendicitis.
Blitz, Tod durch (Jex-Blake) 406, 786.
Blitzschlag, Tod durch (Jex-Blake) 637.
Blut-Bestimmungen, praktischer Wert für die Chirurgie (Schloßmann) 540.
—Bild, Arnethsches, Verschiebung bei chronischer Appendicitis (Samoilo) 758.
—Bild, Einfluß der Chloroform-, Äther- und Misch-Narkose auf die physikalisch-chemische Beschaffenheit des (Oliva) 207.
—Bild, Einfluß des Jodoforms und Jods auf das (Weil) 560.
—Bild bei Krebs mit Knochenmetastasen (Ward) 553.
—Brechen infolge von Arteriosklerose des Magens (Bitot u. Mauriac) 365.
—Ergüsse des Kniegelenks (Mauclaire) 391.
—Gehalt bei Schädeloperationen, Verminderung des (Ritter) 727.
—Gerinnungsbestimmungen bei Carcinom und Sarkom (Jaffé) 553.
—Gerinnung gefördert durch Gelatine (Ruediger) 633; s. a. Diphtherieserum.
—Gerinnung, neue Theorie der (Nolf) 169.
—Injektion bei Pseudarthrosen (Lyle) 242.
—Kreislauf, reduzierter, und Wietingsche Operation (Oppel) 531.
—Kryoskopie, Wert für Nierenfunktionsprüfung (Krotoszyner u. Hartmann) 192.
—Kultur, Nutzen der, bei infektiösen Erkrankungen (Cohen) 543.

Blut-Serum, menschliches, Fall von Hämophilie, behandelt mit (Traver) 90.
—Serum, normales menschliches bei der Behandlung von hämorrhagischen Diathesen (Welch) 281.
— in der Spinalflüssigkeit (Geißler) 181.
—Stauung, experimentelle chronische passive, Einfluß auf Nierenfunktion (Rowntree, Fitz u. Geraghty) 606.
—Stillung, definitive, bei Resektion von parenchymatösen Organen (Caponetto) 583.
—Stillung in der Geburtshilfe mittels modifizierten Momburgschen Verfahrens (v. Erps) 129.
—Stillung bei Gehirnblutungen durch Gelatine (Fornaseri) 336.
—Stillung bei Schußverletzung der Schlagadern (Bergasse) 15.
—Transfusion (Crile) 458.
—Transfusion, Kanüle von Elsberg bei, im Vergleich zur direkten Gefäßnaht (Danis) 665.
—Transfusion bei Durchbruch eines Magengeschwürs (Tanton u. Grenier) 593.
—Transfusion, direkte, Technik und Resultate (Santoro) 394.
—, Tuberkelbacillennachweis im (Bacmeister) 398; (Constantini) 92; (Kahn) 398; (Kessler) 398.
—, Tuberkelbacillen im strömenden (Krabbel) 7. (Querner) 283; (Rosenberg) 284; (de Verbizier) 636.
—Verluste, operative, erhöhte Gefahren bei angeborener Enge des Aortensystems (Melchior) 138.
—Zirkulation in der Lunge bei Hydrothorax und Pneumothorax (Binet, Desbouis u. Langlois) 434.
—Zirkulation in der Lunge bei geschlossenem und offenem Thorax (v. Rohden) 687.
—Zirkulation der Niere (Villandre) 605.
Blutdruck der A. brachialis und der Fingerarterien, Beziehungen zwischen (Punin) 713.
—, arterieller, Wirkung von Extrakt aus menschlicher Prostata auf (Battez u. Boulet) 81.
—Bestimmung, Anwendung der, zur Verhütung und Behandlung des Shocks (Bloodgood) 313.
—Messung, Bedeutung für die Klinik (Janowsky) 713.
Blutegel in der Trachea (Zografides) 150.
Blutgefäß-Chirurgie, Demonstrationen zur (Jeger) 713.
—, Röntgenbilder normaler, peripherischer (Révész) 499.
—, Schußverletzungen der (Coenen) 723; (Frisch) 723; (Lotsch) 722.
—, Schicksal der Tuberkelbacillen in (Costantini) 92.
Blutige Behandlung der Frakturen (Jñigo) 242.
— Behandlung der Knochenbrüche mit Laneschen Knochenplatten (Bartlett) 242.
Blutung der Nieren, einseitige, mit Beziehung zur sog. essentiellen Hämaturie (Kretschmer) 124.
— aus der Nase, Behandlung (Hanszel) 339.
—, lokale Anwendung von Pferdeserum bei (Levison) 541.
— aus dem Ohre (Clement) 26.
—, Diphtherieserum bei schweren (Triboulet, Weil u. Paraf) 22.
Blutung, schwere, nach (Mandelabtragung (Malan) 571.
—, tödliche, bei Milztumor (Ewald) 191.
—, tödliche, aus dem Pharynx (Rolleston) 425.
—, klimakterische, und Carcinomprophylaxe (F. Lehmann) 197.
—, okkulte, des Magendarmkanals (Boas) 220.
—, schwere, bei callösem Magengeschwür (Rivière) 187.
—, meningeale, beim Neugeborenen, Ätiologie, Symptome und chirurgische Behandlung der (Doazan) 337.
—, Therapie der (Carnot) 315.
—, traumatische subdurale (Lenormant) 23.
—, unstillbare, im Säuglingsalter (Blühdorn) 6.
Bobsleigh, Verletzungen beim (Bernhard) 497.
Boecksches Sarkoid bei ausgedehnter Allgemein-Tuberkulose (Stümpke) 549.
Bogenlichtbad nach Hasselbach (Reyn) 333.
Bolus alba im Handschuh (Burmeister) 144.
— alba zur Händedesinfektion (Günther) 641.
—Seife zur Händedesinfektion nach Liermann (Kutscher) 641.
Boluswundpaste (Liermann) 676.
Borsäure, Einfluß auf Mäusekrebs (Wrzosek) 94
Botryomycose (Étienne) 547.
—, menschliche, Fall von (Ferrarini) 323.
Bougie, Entfernung aus der Bauchhöhle (Douglas) 360.
—, erhitzte, Behandlung der Gonorrhöe mit (Harrison u. Houghton) 277.
Bougierung der Larynxstenosen mit Schrötterschen Hartgummiröhren (Glas) 345.
Bradykardie bei Leberverletzungen (Finsterer) 601.
Branchiogene Cyste, vereiterte (Robinson u. Thomas) 802.
— Krankheitszustände des Halses (Delrez) 216.
Brandwunden, Transplantation konservierter Amnionmembranen auf (Stern) 778.
Brauers Methode zur Behandlung von Lungentuberkulose (Hamman u. Sloan) 351.
Brewers Tubes, Transfusion mit (Kelley) 55.
Brightsche Krankheit, Edebohlsche Operation (Pulawski) 46.
Bromäthyl-Narkose (Keppler u. Breslauer) 16.
Bromsilberpapier, Röntgenaufnahmen auf (Kronecker) 726.
Bronchen, dysenterischer Leberabsceß mit Durchbruch in die (Flandin u. Dumas) 523.
Bronchialcarcinom, primäres (Kreglinger) 35.
Bronchialdrüsenabsceß, metastatische Hirnabscesse nach (Hirschberg) 292.
Bronchialdrüsenvergrößerung, Röntgendiagnostik der (Engel) 510.
Bronchoskopie bei Kindern (Zytowitsch) 428.
—, obere, Fremdkörperextraktion aus der Trachea vermittels (Davis) 257.
—, obere, zur Diagnostik eines Lungentumors (Johnston) 689.
—, untere, Extraktion einer Stecknadel durch (Sargnon u. Vignard) 804.
Bronchostenose, Diagnostik der (Jakobson) 182.
Bronchus, Erstickungsanfall infolge Durchbruchs einer tuberkulösen Drüse in den (Oeri) 510.
—, Haupt-, Stecknadel eingeheilt in die Bifurkation des (Sargnon u. Vignard) 804.

Brown-Séquardsches Syndrom, Laminektomie wegen (Guillain u. Duval) 574.
Browningpistole, Schußverletzung des Abdomens mit (Diwald) 444.
Bruch s. Hernie.
— der Wirbelsäule (Descamps) 255; s. auch Fraktur.
Bruchband oder Operation (Chlumský) 361.
Bruchsack, Fremdkörper im (Stasow) 362.
—Cysten s. a. Hernien.
—Cysten, Ätiologie (Murray) 516.
Brücken-Prothesen, moderne (Schenk) 681.
Brust-Bauchwunden, penetrierende (Guleke) 744.
Brustbein, Lokalanästhesie bei Operationen am (Harttung) 432.
—, vollständige Entfernung des (Ruggi) 183.
—, Syphilis des (Schulman) 646.
Brustdrüse s. Mamma.
Brustfell s. Pleura.
Brustgegend, Gesichtsverfärbung bei Kompression der (Pélissier) 444.
Brustkorb, Quetschung des, bei tuberkulösem Lungenleiden (Lenzmann) 350.
Brusthöhle, Infektion der (Burckhardt) 746.
Brustmuskeldefekte, formale und kausale Genese der (Walther) 807.
Brustschüsse, Behandlung und Versorgung im Felde (Sorge) 674.
Brustschuß mit Lungen- und Herzverletzung (Morestin) 350.
Brustwand-Resektion, Rückwirkung auf Lungenemphysem (Friedrich) 748.
—, Tuberkulose der, ein Myxom vortäuschend (Stéfani) 108.
Brustwarze, Pagets Krankheit der (Gaarenstroom) 349.
Bucco-pharyngealer Weg zur Entfernung einer Kugel aus der Schädelbasis (Jacques) 147.
Buerger, Thromboangeitis nach, mit intermittierendem Hinken (Weber) 133.
Bulgarische Armee, Kriegssanitätswesen der, im Feldzuge gegen die Türkei (Lotsch) 787.
Bulgarisch-türkischer Krieg, chirurgische Erfahrungen aus (Heyrovsky) 175.
—türkischer Krieg, Erlebnisse und Beobachtungen (Tintner) 407.
Bursa des Musculus popliteus (Petřvalský) 487.
Bursitis subdeltoidea, verkalkte, diagnostiziert durch Röntgenstrahlen (Calatayud u. Estopina) 843.

C. vgl. a. K. u. Z.
Calcaneus, Beitrag zur Architektur des (Reiner) 87.
Calcinosis, multiple Kalkablagerung in der (Weber) 394.
Calciumchlorid bei Blutungen (Carnot) 315.
Calciumphosphat-Konkrement in Analfistel (Moody) 702.
Calciumumsatz, Insuffizienz der Schilddrüse, ihre Beziehungen zum (Pern) 576.
Callus, federnder, des Radius und der Fibula (Toussaint) 482.
—, Knochen-, Struktur des (Zondek) 718.
Calves Pseudocoxalgie (Elmslie) 630.
Camidge's Urinreaktion (Deaver) 303.
Campher, Wirkung auf Herz, Gefäße, Nervensystem und Schweißsekretion (Henrijean) 281.
Campheröl, Anwendung in der Chirurgie, intraperitoneale Einverleibung (Baudet) 314.
Cancroide der Haut, multiple primäre, beim Kind (Hutchinson) 553.
Capillarendothelien des Knochenmarks, physiologische Pigmentablagerung in den (Brass) 393.
Carbunkel behandelt mit innerlicher Anwendung von Schwefelsäure (J. u. R. J. Reynolds) 397.

Carcinom. Allgemeines.

Carcinom s. a. Epitheliom.
— s. a. Geschwülste.
— s. a. Ulcus rodens.
—, Beziehungen der perniziösen Anämie zum (Heinrichsdorff) 141.
—, Blutbild mit Knochenmetastasen (Ward) 553.
—, Blutgerinnungsbestimmungen bei (Jaffé) 553.
—, differente, bei derselben Person (Steinhaus) 240.
—, Vorkommen in tropischen Ländern (Löhlein) 402.
— und Unfall (Löwenstein) 325.
—, Knochenbildung in einem Magencarcinom (Gruber) 75.
—, Kombination mit Tuberkulose in metastatisch erkrankten Drüsen (Krische) 93.

Ätiologie u. Prophylaxe.

Carcinom, Ätiologie (Jaboulay) 205; (Schellenberger) 240.
—Ätiologie, möglicher Faktor in der (Packard) 401.
—, Histiogenese des (Herzog) 94.
—Problem (Bashford) 9.
—, Prophylaxe des (Theilhaber) 10.
—Prophylaxe und klimakterische Blutungen (F. Lehmann) 197.
—, Ursprung und Natur (Jaboulay) 402.
—, Verpflanzung und traumatische Aussaat von, bei Operationen wegen maligner Tumoren (Mayo) 496.

Carcinom der Tiere.

Carcinom-Immunität bei Tieren, experimentelle Erzeugung von (Barratt u. Wakelin) 404.
—, echtes, Mäuse- und Rattentumoren festgestellt als (Lewin) 323.
—, Resistenz einer Mäusegruppe gegenüber (Mc-Farland u. McConnell) 552.
—, Mäuse-, Einfluß von Sublimat und Borsäure auf Transplantation und Entwicklung (Wrzosek) 94.
—, Mäuse-, Übertragung auf Kaninchen (Strauch) 174.

Behandlung.

Carcinom, Behandlung des (Galliot) 553.
—Behandlung mit Chininum sulfuricum (Castaigne) 786.
—Behandlung mit Röntgenstrahlen und Diathermie (Chr. Müller) 326.
—, chemische Wirkungen von Röntgen- und Radiumbestrahlung in bezug auf (Freund u. Kaminer) 403.
—, Chirurgie des, in bezug auf Technik und Resultate (Lastaria) 786.
—, Diablastin zur Bekämpfung des (Krause) 94.
—, Elektrokoagulation bei der chirurgischen Behandlung des (Abel) 285.

Carcinom-Frage, Stand der (Bouquet) 717.
—, inoperables, Cuprase bei (Roziès) 553.
—, kolloidales Selenium bei der Behandlung (Touche) 496, 671.
—Kranke, Einwirkung von Pyroloxin auf (Jeremitsch) 241.
—Krankheit, neues Mittel zur Bekämpfung (Krause) 94.
—, menschliches, behandelt mit intravenösen Einspritzungen von kolloidalem Kupfer (Loeb, Lyon, McClurg u. Sweek) 205.
—, neue Behandlungsmethoden 496.
—, nicht operative Behandlung (Kafemann) 174.
—, operationslose Behandlung (Theilhaber) 206.
—, schweres, behandelt mit Radium (Wickham, Degrais u. Slavik) 554.
—, tiefliegendes, Beeinflußbarkeit durch strahlende Energie (Aschoff) 325.
— der Haut, Radium- und Mesothoriumbehandlung bei (Saalfeld) 97.
— der Haut, Röntgenbehandlung von (MacKee u. Remer) 786.
—, Therapie bei inoperablem (Gould) 175.

Kopf.

Carcinom des Auges, Kontaktinfektion bei (Giri) 643.
—Geschwulst, metastatische, der Augenhöhle durch den äußeren orbitalen Bogenschnitt entfernt (Genet) 421.
—, multiples atypisches, des Kopfes (Mercier u. Menuet) 285.
— linguae als Folge von Epidermolysis bullosa (Klausner) 571.
— der Lippe (Pusey) 254.
— der Lippe durch Radium und Diathermie geheilt (Morestin) 644.
— des Nasenrachenraumes (Thyne u. Fraser) 254.
— der Unterlippe, Operation (Rypfkogel) 422.
— der Zunge (Ryall) 681.
— der Zunge im jugendlichen Alter (Gorse u. Dupuich) 644.

Hals.

Carcinom des Larynx, neue Behandlungsmethode der Dysphagia dolorosa bei, durch Resektion des inneren Astes des Nerv. laryngeus superior (Chalier) 29.
— des Larynx, Diagnose und Behandlung (Bourgeois) 804.
— des Larynx auf luetischer Basis (Ledermann) 575.
— des Oesophagus mit Lähmung des Larynx (Yorke) 219.
— des Oesophagus, Radiumbehandlung (Guisez) 580.
— des Oesophagus, reseziert nach Roux (Kümmell) 745.
— der Schilddrüse (Savy u. Florence) 348.
— der Schilddrüse, interne Jodverabfolgung bei (Marine u. Johnson) 805.

Brust.

Carcinom der Bronchien, primäres (Kreglinger) 35.
— der Lungen (Freiman) 583.
— der Lunge, primäres (Lombardo) 262.
— der Mamma (Deaver) 578; (Étienne u. Aimes) 150; (Greig) 183; (Jaboulay) 807.
— der Mamma, Operation (de Roulet) 579.
Carcinom, Mammageschwülste mit besonderer Beziehung zum (Primrose) 33.
—Rezidiv der Mamma mit Röntgenstrahlen behandelt (Cumberbatch) 108.
— der Mamma, Haut-Transplantationsmethode bei Operation des (Halsted) 297.
— der Mamma, Hautverpflanzung nach Amputation (Bowers) 349.
— der Mamma durch Röntgenbestrahlung geheilt (Lacaille) 432.
— und chronische Mastitis (Étienne u. Aimes) 150.
Carcinomatose, metastatische, des Herzmuskels (Wagner) 262.

Bauch.

Carcinom der Appendix, Lipoidgehalt der sog. (Maresch) 119.
—, primäres, der Appendix (Graham) 368.
— der Blase bei Anilinfarbstoffarbeitern (Leuenberger) 275.
— der Blase, chirurgische Behandlung (Watson) 476.
— der Blase, Bedeutung epidermoidaler Bildungen in (Bolaffi) 477.
— der Blase, kontrolliert mittels Hochspannungsstrom (Keyes) 195.
— der Cardia, operative Behandlung (Rehn) 745.
— der Cardia, erfolgreiche transpleurale Resektion (Zaaijer) 457.
— der Cervix uteri, Blasenuntersuchung bei (Cruet) 619.
— colli uteri, Wundversorgung bei der Radikaloperation des (Bumm) 164.
— des Colon, Radikalbehandlung (Kryński) 653.
— des Colon, radiologische Untersuchungen bei (Esmein, Rolland u. Desternes) 272.
—, primäres, auf dem Boden alter tuberkulöser Darmgeschwüre (Herzog) 94.
— des Dickdarms (Cunning) 370.
—, Dickdarmresektionen wegen (Viannay) 463.
— des Duodenums (Friedrich) 696.
—, primäres, der Gallengänge (Nikitin) 465.
— der Harnröhre, primäres, der Fossa navicularis (Ottow) 196.
—, primäres, des Jejunum und Ileum (Carlson) 698.
— der Ileocöcalklappe (Carnot u. Dumont) 188.
— innerer Organe, Beobachtungen von Hautmetastasen bei (Kaufmann-Wolf) 402.
— der Leber, primäres, im Säuglingsalter (Idzumi) 703.
— der Leber, chemische Zusammensetzung (Robin) 191.
— des Magens (v. Bonsdorff) 223; 300.
— des Magens, Diagnose und Behandlung des (Lipowski) 749.
— des Magens, epigastrische Hernien bei (Kirmisson) 187.
— des Magens, Knochenbildung in (Gruber) 75.
—, Knochenmarkmetastasen und Anämie bei (Harrington u. Kennedy) 240.
— des Magens, Perforation (Jaisson) 267.
—, Resektion des Magens bei (Brun) 456.
— des Magens, Resultate der Behandlung (Faroy) 593.
— der Nieren 228.
— des Pankreas, primäres (Gellé) 227.

Carcinom der Papilla Vateri (Clermont) 654; (Lenormant) 273.
— des Penis, operative Behandlung (Zoarski) 661.
— der Prostata, suprapubische Cystostomie, Indikation bei (Cumston) 836.
— der Prostata, Verfahren für die ausgiebige Exstirpation des (Gayet, Champel u. Fayol) 614.
— der Prostata, inoperables, Vasektomie in einem Fall von (Tytgat) 615.
— des Pylorus (Lopez) 561.
—, Pylorus-, frühe Diagnose (Andrassy) 40.
— des Rectum, Diagnose und Behandlung (Miles) 225.
— des Rectum, kombinierte abdomino-dorsale Exstirpation des (Heller) 43.
— des Rectum, kombinierte Operationsmethode bei (Dahlgren) 600.
— des Rectums, Wachstum in der Darmwand (Cole) 462.
— des Rectum, Behandlung des (Kamanin) 157.
— des Rectum, inoperables, und Kolon, behandelt mit Appendicostomie (Spencer) 190.
— des S Romanum und der Ampulla recti, Frühdiagnose (Friedrich) 825.
— des Uterus, Bedeutung der Untersuchung der Harnorgane bei (Violet u. Murard) 839.
— des Uterus, ausgedehnte abdominale Radikaloperation des (Weibel) 530.
— und Tuberkulose des Uterus, Studium des gleichzeitigen Vorkommens von (Guillou) 241.
Cardia s. a. Magen.
— s. a. Pylorus.
Cardiacarcinome, operative Behandlung (Rehn) 745.
—, erfolgreiche transpleurale Resektion (Zaaijer) 457.
Caries, sog. zirkuläre (Feiler) 423.
Carotis communis, seltene Indikation zur Unterbindung der (Eisengräber) 22.
— communis, Abklemmung durch ein Metallband (Stoney) 344.
—Drüse, Geschwülste der (Sinjuschin) 802.
—Drüse, Luschkasche (Frugoni) 233.
—Drüse, Studien über (Frugoni) 574.
— interna, Anomalie der, klinische Bedeutung bei Tonsillenoperationen (Skillern) 149.
Catgut-Frage (P. Wolff) 144.
Catheterisation, retrograde, der Harnröhre (Cumston) 230.
Cauda equina, Störungen der (Haškovec) 27.
Cava superior, Obliteration der (Bossage) 218.
— inferior, Obliteration der (Hébrard) 583.
— inferior, Verschluß der, infolge innerer Verletzung (Shattock) 359.
Cavum naso-pharyngeale, bösartige Geschwülste in dem (Sędziak) 339.
— vaginale, Leistenbruch mit Einstülpung in das (Guimbellot u. Bloch) 589.
Celluloid-Schienen (Peck) 21.
Cephalohydrocele traumatica s. Meningocele spuria traumatica (Smirnoff) 248.
Cerebellum s. Kleinhirn.
Cerebrospinalflüssigkeit s. a. Wassermannsche Reaktion.
— (Milligan) 210.
—, Blut in der (Geißler) 181.
—, Semiologie der (Rathery) 506.
—, Untersuchungsmethoden der (Pari) 149.
—, Eiweißuntersuchung der (Bisgaard) 255.
—, Pathologie der (Rathery) 105.
—, Untersuchung der, bei verschiedenen pathologischen Zuständen (Blatteis u. Lederer) 645.
—, eitrige Pneumococcenmeningitis ohne zellige Veränderungen in der (Monier-Vinard u. Donzelot) 427.
Cerebrospinal-Meningitis, verursacht durch den Parameningokokkus, behandelt und geheilt durch das Serum von Dopter (Salin u. Reilly) 251.
Cerebrum s. Gehirn u. Kleinhirn.
Cervicalmark, multilobuläres Fibrom im (Merzbacher u. Castex) 801.
Cervix uteri, Blasenuntersuchung bei Krebs der (Cruet) 619.
Charcotsche Erkrankung (Jones) 426.
Chemismus der Galle (Ladd) 273.
Chemotherapie der malignen Geschwülste (Werner u. Szécsi) 401.
— der Tumoren beim Menschen (Sellei) 401.
Chininum sulfuricum, Krebsbehandlung mit (Castaigne) 786.
Chloralhydrat-Narkose (Keppler u. Breslauer) 16.
Chloroform-Narkose und Leberkrankheiten (Hildebrandt) 408.
—Apparat, neuer (Jones) 290.
—, Apparat, verwendbar für die allgemeine Anästhesie durch (Caillaud) 289.
—Narkose, Einfluß auf die physikalisch-chemische Beschaffenheit des Blutes (Oliva) 207.
—Narkose, akute gelbe Leberatrophie nach (v. Brackel) 286.
— bei Operation entzündlicher Erkrankungen des Abdomens (Sprengel) 556.
—, deletäre Spätwirkung des (v. Brackel) 286.
Chlormetakresol zurSchnelldesinfektion der Hände (Kondring) 414.
Cholangiektasien, angeborene (Letulle) 273.
Cholangitis, abscedierende, mit nachfolgender Pneumokokkensepsis und Pneumokokkenmeningitis (Severin) 191.
Cholecystektomie (Gosset) 465.
—, vom Cysticus beginnend (Gosset u. Desmarest) 523.
—, Studie über (van Hengel) 521.
Cholecystitis, calculöse purulente, Pneumokokkensepsis und Pneumokokkenmeningitis nach (Severin) 191.
— und akute Pankreasnekrose, Zusammenhänge (Nordmann) 704.
Cholecystostomie, Knickung an der Vereinigungsstelle von Ductus hepaticus und choledochus nach (Stetten) 373.
Choledochoduodenaldrainage und Dilatation der Papilla duodeni (v. Hofmeister) 44.
Choledochoduodenostomie (Sasse) 465.
Choledochotomia transpancreatica (Morone) 372.
Choledochus s. auch Ductus choledochus.
—, Chirurgie des (v. Hofmeister) 227.

Choledochus, Diagnose eines Gallensteins im (Cheney) 120.
—, und Hepaticus, Knickung an der Vereinigungsstelle nach Cholecystostomie (Stetten) 373.
—Regenerierung nach Einlegung eines T-Rohres (Propping) 466.
—Ersatz durch Einpflanzung des Processus vermiformis (Molineus) 602.
Cholelithiasis s. auch Gallensteine.
—, Indikationen zur chirurgischen Behandlung (v. Fink) 44.
— und akute Pankreasnekrose, Zusammenhang (Nordmann) 704.
—, Röntgenuntersuchung bei (Holland) 826.
—, lokalisierte Schmerzpunkte der (Mauban) 654.
—, Statistik (Courvoisier) 226.
Cholesteatome, epidermoidale, des Gehirns (W. R. Meyer) 292.
Cholocele (Levin) 692.
Chondrektomie zur Behandlung der starren Thoraxdilatation (Tytgat) 434.
Chondritis, suppurative, nach Operation eines Ulcus ventriculi perforatum (S. u. J. Nordentoft) 666.
Chondrocostale tuberkulöse Arthritis (Lozano) 686.
Chondrodystrophia (La Fétra) 4.
— foetalis, familiäre (Chiari) 202.
— foetalis, klinisches Bild der (Jaroschy) 394.
Chondrom der Haut, ossifizierendes (Straßberg) 551.
Chorionepitheliom der Leber, primäres (B. Fischer) 704.
Chromaffine Substanz in den Nebennieren (Nowicki) 655.
Chromoureteroskopien mit Indigocarmin als Nierenfunktionsprüfung (Thomas) 193.
Chyluria nostras abhängig vom Lagewechsel (Cestan u. Pujol) 706.
Circulus vitiosus bei Gastroenterostomie (Radliński) 116; (Voelcker) 757.
Circumcision, alte Operation der (Hunter u. Green) 618.
Cirrhose der Leber, Behandlung der (Kelley) 78.
— der Leber, Einpflanzung der Vena mesenterica sup. in die Vena cava inf. (Bogoras) 226.
— der Leber, Hanots hypertrophische, vorgetäuscht durch primäres Leberadenom (Gordinier u. Sawyer) 273.
— der Leber, Heilung durch Talmasche Operation (Tansini) 299.
Cisterna magna, Drainage der, zur Behandlung der Meningitis (Haynes) 419.
Clavicular-Fraktur, einfacher Verband zur Behandlung der (Jansen) 483.
Cleidoplastik aus der Spina scapulae (Molineus) 310.
Cocain-Adrenalinlösung, Einwirkung auf die Dura mater zwecks Heilung von Epilepsie (Meisel) 731.
—, Injektion von (Keppler u. Breslauer) 16.
—Lösung bei Rückenmarksanästhesie (Le Filliatre) 244.
Coecaltumor, gutartiger (Chamayou) 272.
Coecosigmoidostomie, Operation zwecks schneller Entleerung des Dickdarms (Yeomans) 272.
Coecotomie zur Entfernung einer Haarnadel, die sich in das aufsteigende Kolon eingespießt hatte (McGavin) 120.
Coecum, akuter Darmverschluß infolge Volvulus des (Wrigley u. Moritz) 190.
—, Geschwüre im (de Rouville u. Roger) 597.
—, Hochlagerung des, mit ungewöhnlichem Verlaufe des Wurmfortsatzes (Türschmid) 652.
—, Leistenhernie des (Fowler) 153.
—, Milzbrandtumor des (E. Schmidt) 824.
— mobiles, operative Behandlung (Burkhardt) 824.
—, operative Mobilisierung bei Appendektomie (Krüger) 76.
—, Verdoppelung des (Läwen) 583.
—, Volvulus des, bei Mesenterium ileocoecale commune (Zahn) 596.
Colektomie zur Behandlung des Megakolon (Grégoire u. Duval) 369.
Coleysches Streptokokkentoxin, Krebsbehandlung mit (Kafemann) 174.
Coliartige Bacillen, symbiotisches Wachstum von (Bradley) 635.
Coligruppe s. a. Bacterium coli.
—, Gasbildung der Bakterien der (Schönberg) 612.
—Infektion des Urins (White) 124.
—Pyämie (Hamm) 235.
Colitis muco-membranacea als Ursache von Meralgia paraesthetica (Couto) 599.
— muco-membranosa, Magenchemismus bei (Lara) 225.
—, Beziehung zu chronischen Netzentzündungen (Haller) 584.
— ulcerosa (Kaplan) 758.
— ulcerosa geheilt durch Appendicostomie (González) 369.
— ulcerosa, Behandlung der (Wegele) 42.
Collargol (Eyff) 546; (Kausch) 545; (Pflugrad) 546.
— in der Niere infolge von Pyelographie (Troell) 829.
Colliculus seminalis, chirurgische Anatomie des (Schewkunenko) 529.
— seminalis, Klinik des (Wassiljew) 615.
Collodiumsäckchen, Gebrauch von, beim Studium von übertragbaren Geschwülsten (Nassetti) 324.
Collum-Carcinom, cystoskopische Untersuchung bei (Cruet) 480.
Colon s. a. Dickdarm.
— ascendens, adhäsive Entzündungen des (Carwardine) 599.
— ascendens, Volvulus des, bei Mesenterium ileocoecale commune (Zahn) 596.
—Coecotomie zur Entfernung einer Haarnadel, eingespießt in das (McGavin) 120.
—Gangrän (Cunéo) 301.
—Tiefstand s. Coloptose.
Coloptose, Röntgenuntersuchung bei (Kahn) 454.
Colostomie, Appendicostomie an Stelle von, zur Ileusbehandlung (Spencer) 190.
Coma diabeticum (Chauvin u. Deconomos) 286.
Commotio cerebri s. Gehirnerschütterung.
Congenitale Cholangiektasien (Letulle) 273.
— Pylorusstenose, Operation (Rammstedt) 40.
— Verengerung des Pylorus (Marfan u. Baudouin) 267.

Congenitale radio-ulnare Synostose (Baisch) 47.
— Rectumstenose (Reglus) 42.
Contractur des Blasenmundes, neues Verfahren für (Young) 162.
—, ischämische, operative Behandlung (Horwitz) 621.
—, Kniebeuge, operative Behandlung (Wreden) 847.
— des Oberschenkels infolge Verbrennung (Moreau) 630.
Conus medullaris, Störungen des (Haškovec) 27.
Coopersche Hernie (Krymow) 447.
Corpora amylacea im endoskopischen Befunde der hinteren Harnröhre (Loose u. Steffen) 659.
Coxa valga und Coxa vara bei demselben Kind (Mayet) 533.
— valga subluxans, Fall von angeborener (Lance) 134.
— vara (Perrin) 311.
— vara cervicalis infektiösen Ursprungs (Rocher) 774.
— vara und Coxa valga bei demselben Kind (Mayet) 533.
— vara, Entstehung (Glaessner) 774.
— vara, in ihren Beziehungen zu den Frakturen und Epiphysenlösungen des oberen Femurendes (Judet) 85.
Coxitiden, tabische (Breus) 389.
Coxitis, wenig bekannte (Martinez) 280.
—, mechanische Behandlung (Packard) 485.
—, beginnende, Schlüsselsymptom bei (Rocher) 663.
—, tuberkulöse, Behandlung (Bradford) 534.
—, tuberkulöse, Heilungsergebnisse nach mechanischer Behandlung (Taylor) 533.
—, tuberkulöse, Hüftgelenksresektion bei (Morton) 390.
Cruralhernie s. Hernia cruralis.
Cricotomie, dringliche, mit besonderer Berücksichtigung der Kropfkomplikationen (Sehrt) 182.
Cryotherapie, Anwendung von niederen Temperaturen in der (Bordas) 55.
Cuneo-Heitz-Boyer, Modifikation des Vorgehens von, zur Heilung der Blasenektopie (Lastaria) 707.
Cuprase beim inoperablen Krebs (Roziès) 553.
Cushings temporale Trepanation bei Basisfrakturen (Neel) 98.
Cutis, Myome der (Sobotka) 785.
Cylindroma orbitae, Entfernung des, unter Erhaltung des Augapfels (de Obarrio) 338.
Cystektomie s. auch Cholecystektomie.
— vom Cysticus beginnend (Gosset u. Desmarest) 523.
Cysten-Bildung des Bauchfells bei Tuberkulose (Geipel) 113.
—, vereiterte branchiogene (Robinson u. Thomas) 802.
—, Gas-, des Darmes (Thalheimer) 820.
— und Halsfisteln (Wenglowski) 294.
— der Harnblase (Hottinger) 658.
— in der Hypophysengrube (Graham) 501.
— des Kleinhirns (Moschcowitz) 252.
— der Leber, nichtparasitäre (Lisjansky u. Ljudkewitsch) 226; (Boyd) 760.
— des Mesenteriums (Prutz u. Monnier) 440.
Cysten-Erkrankung, Reclus-, der Mamma mit neoplastischer Degeneration (Etienne u. Aimes) 150.
— der Nieren (Thorborg) 706.
—Niere, doppelseitige (Anglada) 378.
—Nierenfrage (Berner) 378.
—Niere, Nephrektomie, Dauerheilung (Desgouttes u. Olivier) 657.
—, Parovarial-, im Epigastrium bei einem Kinde (Deane) 839.
—, peripankreatische, zwischen den Blättern des Mesocolon transversum entstanden (Delfino) 369.
—, subdurale, traumatischen Ursprungs (Julliard) 678.
—, tuberkulöse, wahrscheinlich vom Pankreas ausgehend (J. M. u. E. M. Mason) 191.
— des Wurmfortsatzes (Bérard u. Vignard) 822.
Cysticerken des Großhirns (Margulis) 565.
—Meningitis mit Beteiligung des Rückenmarks (Rosenblath) 419.
Cysticus s. a. Gallenblase.
—, Cystektomie beginnend vom (Gosset u. Desmarest) 523.
Cystinsteine im Röntgenbild (Immelmann) 607.
Cystischer Tumor der Bauchdecken (Wollin) 811.
Cystitis, Ätiologie der (Schönberg) 612.
—, Behandlung mit Goménol 833.
— colli proliferans s. vegetativa (Gorodistsch) 195.
—, gonorrhoische (Castorina) 833.
—, tuberkulöse, bei Greisen, zwei Fälle von (Rochet) 81.
—, tuberkulöse, aktuelles Problem der (Legueu) 126.
Cystosarkom des Magens (Kondring) 518.
Cystoskop, Exstirpation von Blasentumoren mit (Pillet) 126.
—, Instrument zur Fixation des (Marion) 561.
Cystoskopie bei Blasensteinen (Marion) 659.
—, direkte (Luys) 526.
— bei Krebs der Cervix uteri (Cruet) 619.
—, Radiographie und Pyelographie bei Einzel- und Hufeisenniere (Mayo) 829.
—, Ureterenkatheterismus durch (Ferron) 470.
Cystoskopische Excision von Schleimhautteilchen an der Uretermündung bei Nierentuberkulose (Buerger) 472.
— Untersuchung bei Collumcarcinom (Cruet) 480.
Cystostomie, suprapubische, Indikation bei Prostatacarcinom (Cumston) 836.

Dammfisteln im Anschluß an Harnröhrenstrikturen (Lothrop) 382.
Darm, Angiome mit profuser Hämorrhagie des (Tuffier) 302.
—Atresien, angeborene, Pathogenese der (Forssner) 824.
—Bewegungen, physikalische Beeinflussung der (Katsch u. Borchers) 114.
—Bewegungen, Beiträge zum Studium der (Katsch u. Borchers) 114; (Katsch) 115.
—Einläufe mit langen Kanülen (Vilaplana) 462.
—Erkrankungen, infektiöse, Dauerträger und Dauerträgerbehandlung (Weichardt u. Haussner) 51.
—Faßzange, leicht gemachte (Fuld) 331.
—Fistel bei allgemeiner Peritonitis (Lewicki) 113.

Darm beim menschlichen Foetus (Reid) 596.
—, Fremdkörper im (Retzlaff) 365; (Rybak) 520.
—, Gascysten des (Thalheimer) 820.
—Gekröse, chirurgische Krankheiten und Verletzungen des (Prutz u. Monnier) 440.
—Geschwüre, alte tuberkulöse, primäre Carcinome auf dem Boden (Herzog) 94.
—Invagination und Meckelsches Divertikel (Brennecke) 443.
—, krampfartige Zustände des, vom röntgenologischen Standpunkte aus (v. Dehn) 222.
—Krankheiten, Behandlung mit Sauerstoff (Schmidt) 72.
—Lähmung bei Appendicitis (Dobbertin) 269.
—Läsionen, Bedeutung für die Operationsprognose bei tuberkulösen Adnexerkrankungen (Degouttes u. Olivier) 619.
—Motilität, psychische Beeinflussung der (Katsch) 115.
—Perforation bei Paratyphus B. (Grenier) 459.
—Perforation, multiple, tuberkulöse (Abadie) 365.
—Perforation, typhöse, Behandlung der (Lance) 118.
—Resektion bei Appendicitis (Boeckel) 155.
—Resektion, seltene Indikation zur (Sultan) 821.
—Resektion wegen irreponibler Invagination (Isaac) 152.
—, Röntgenuntersuchung des (White) 814.
—, Röntgenuntersuchung bei den chirurgischen Krankheiten des (Béclère u. Meriel) 119.
—Schlinge, isolierte, partieller Ersatz des Harnleiters durch (Melnikoff) 161.
—Spalte mit Verdoppelung des Coecums und des Wurmfortsatzes (Läwen) 583.
—Spasmen, permanente (Lyon) 453.
—Stase, chronische, septische Infektion gegen (Daniel) 356.
—Steinerkrankung (Binet) 521.
—Strangulation, akute (Polacco u. Neumann) 810.
—Traktus, Magen-, Veränderungen der Gallenblase bei autoplastischer Transplantation in den (Smith) 826.
—Verpflanzung, Bildung einer künstlichen Scheide durch (Stewart) 481.
—Verschluß s. Ileus.
—Wand, Emphysem der (Mjassnikoff) 597.
—Wandungen, Durchlässigkeit für Bakterien (Poddighe) 512.
—Waschungen, transduodenale (Jutte) 453.
Dauerdrainage bei Ascites (Perimoff) 37.
— des chronischen Ascites durch die Vena saphena in die Blutbahn (Dobbertin) 446.
— stagnierender Ascitesergüsse in das Zellgewebe (Henschen) 37.
— unter die Haut ohne Drains (Evler) 221.
Dauerträger und Dauerträgerbehandlung bei infektiösen Darmerkrankungen (Weichardt u. Haussner) 51.
Daumen-Ballenmuskeln, isolierte Atrophie einzelner, bei Feilenhauern (Teleky) 484.
—Luxation (Horand) 133.
Debrés Verfahren zur Schnelldiagnose der Nieren- und Blasentuberkulose (Serés) 227.
Decapsulation s. Nierendecapsulation.
Defekt, angeborener, des Ductus choledochus (Elperin) 190.
Defekt des Gehirns und Rückenmarks (Modena) 292.
—Bildung nach subcutanen Knochenfrakturen des Schädels (Smirnoff) 248.
—, angeborener, des Radius und Perone (Tecqmenne) 310.
— der Weichteile am Kopfe Neugeborener, Kenntnis der (Vogt) 146.
—, angeborener partieller, der Wirbelsäule und des Rückenmarkes mit Thorax-Bauch-Beckenspalte (Stauffer) 425.
Deformitäten, Bedeutung der purulenten Arthriten bei Säuglingen für zukünftige (Edberg) 841.
—, Diagnose und Therapie (Haudek) 630.
— der Zehen, ihre Pathogenese (Kirmisson u. Bailleul) 488.
Dekompressions-Trepanation zur Behandlung der Stauungspapille, insbesondere bei Hirntumoren (Kaelin-Benziger) 250.
Delbetscher Gehverband, Behandlung der Unterschenkelbrüche mit (Pellot u. Pizon) 96.
Depressionsfrakturen des Jochbeines, Reposition von (Manwaring) 333.
Depronierung der Madelungschen Handgelenkformität (Springer) 710.
Dérangement interne, Behandlung der inneren Verletzungen des Kniegelenks (Vulpius) 486.
Dermatitis vegetans (Miller) 239.
Dermoide des Mundbodens (Hassel) 423.
Dermomykosen, neue Behandlung der (Pech) 415.
Desinfektion s. a. Sterilisation.
— der Hände s. Händedesinfektion.
—, der Haut-, mit Alkohol (Ozaki) 143.
— der Haut mit Jodtinktur (Gaetano) 414; (Puccinelli) 789; (Roberts) 725.
— von Haut und Wunden (Clarke) 790.
—, Kenntnis des Mechanismus der (Cooper) 640.
—Mittel, neues, Phobrol „Roche“ (Kantorowicz) 560.
— der Mundschleimhaut mit Jod (Schuster) 641.
Desmoid, entzündliches, der Bauchwand (Trapl) 512.
Detorsions-Reklinator, nach Becker, zur Skoliosenbehandlung (Becker) 341; s. Abbotsche Methode.
Diabetes, gangränescierende Phlegmone der Penisloge bei (Brault) 382.
— insipidus und Hypophysis (Simmonds) 252.
— mellitus, Mal perforant beim (Sample u. Gorham) 487.
— mellitus, Trochlearislähmung bei (Kaiser) 213.
Diabetiker, Verschwinden des Zuckers bei, nach Entfernung von Tumoren (Manges) 671.
Diablastin zur Bekämpfung der Krebskrankheit (Krause) 94.
Diäresisblutung, Lehre von der (Ricker) 137.
Diagnostik, spezielle chirurgische, für Studierende und Ärzte (Quervain) 537.
— des Duodenalgeschwürs (Strauss) 268.
—, Sero-, bei bösartigen Tumoren (Petridis) 285.
Diapedese und Phagocytose der Leukocyten (Onimus) 633.
Diapedesisblutung, Lehre von der (Ricker) 137.
Diaphragma, rückfälliger Bluterguß unter dem (Robineau) 358.

Diaphragma, Eventration des (Motzfeld) 264.
— Hernie bei Phthisikern (Melchior) 749.
—, Hernie des, Fall von eingeklemmter (Gurewitsch) 451.
— Hernie oder einseitiger Zwerchfellhochstand (Reuss) 690.
—, Hernien des (Vogel) 264.
—, künstliche Lähmung zur Beeinflussung der Lungenerkrankungen (Sauerbruch) 581.
—Resektion (v. Oppel) 514.
—, subcutaner Riß des (Riebel) 357.
Diaphragmektomie (Schepelmann) 434.
Diaphyse, Schußfrakturen der (Kohl) 722.
—Tuberkulose im Röntgenbild (Hammond) 321.
Diarrhöe als Folge der Gastroenterostomie (Durand) 75.
Diathermie zur Behandlung der Gonorrhöe (Santos fils) 478.
— zur Behandlung der Krebskrankheit (Chr. Müller) 326.
—, Lippencarcinom geheilt durch (Morestin) 644.
— als Wärmezuschußration (Bergonié) 562.
Dickdarm s. auch Colon.
Dickdarm-Ausschaltung, Spätzustände nach, durch Anastomose zwischen Ileum und Flexura sigmoidea (v. Beck) 825.
—Carcinom (Cunning) 370.
—Carcinom, inoperables, Appendicostomie bei Ileus durch (Spencer) 190.
—Carcinom, Radikalbehandlung (Kryński) 653.
—Carcinom des, radiologische Untersuchung (Esmein, Rolland u. Desternes) 272.
—, Chirurgie des (Finkelstein) 224.
—Chirurgie mit Ausnahme des Rectum (Finkelstein) 224.
—, Coecosigmoidostomie, Operation zwecks schneller Entleerung des (Yeomans) 272.
—, Divertikel des (Murray) 369.
—, Entwicklungshemmung des (Perrin) 452.
—Extrakte, Giftigkeit normaler (Distaso) 461, 519.
—, angeborenes Fehlen (Mayer) 461.
—, strittige Fragen der Chirurgie des (Mayo) 271.
—, chronische Funktionsstörungen des (Stierlin) 77.
—, radiologische Befunde am, bei Tumoren der Nierengegend (Luger) 473.
—, Reflexbewegungen des (Lebon u. Aubourg) 461.
—Resektionen wegen Carcinom (Viannay) 463.
—Stase, Ileosigmoidostomie bei (Bonifield) 759.
—Stenosen, innere Behandlung von (Brosch) 190.
—, ausgedehnte Resektion bei stenosierender hypertrophischer Tuberkulose (Razzaboni) 825.
Dilatation des Magens, akute postoperative, Pathogenese (Arcangeli) 817.
— der Speiseröhre bei totaler Gastroptose (Rovsing) 39.
—, retrograde, der Speiseröhrenverengerung (Guisez) 34.
Dioradin bei chirurgischer Tuberkulose (Stoney) 173.
Diphtherie, Arthussches Phänomen mit Gangrän bei (Aviragnet u. Hallé) 139.
—, Behandlung mit Behringschem Antitoxin (Reiche) 235.
Diphtherie, Frühbehandlung und Prophylaxe (Braun) 234.
—Heilserum, Injektionen von, bei Hämoglobinurie (Marie u. Rouèche) 281.
—, Inhalationen von heißer Luft zur Behandlung der (Rendu) 139.
— und Nebennieren (Marie) 375.
—Serum, Anaphylaxie nach Einspritzung von (Aviragnet u. Hallé) 139.
—Serum, vom Pferde gewonnen, zur Behandlung von Blutungen (Levison) 541.
—Serum bei schweren Blutungen (Triboulet, Weil u. Paraf) 22.
—Serum bei unstillbaren Blutungen (Blühdorn) 6.
—Toxin, Einfluß auf die Proteolyse und Aminogenese des zentralen Nervensystems (Soula) 492.
— des Trienniums 1909—1911 (Ljanda u. Uspensky) 803.
— der Wunden (Züllig) 202.
Diplobacillen-Blepharoconjunctivitis, Beziehung zum Mundwinkelgeschwür (Ischiwara u. Tsukada) 505.
Discomykosen (Gougerot) 204.
Distorsionen des Bandapparates zwischen Tibia und Fibula (Clermont) 391.
— des Kniegelenkes (Mauclaire) 391.
Distraktionsklammern, ambulante Behandlung von Knochenbrüchen mit Gipsverbänden (Hackenbruch) 131, 637, 718.
Divertikel der Appendix (Znojemsky) 366.
— der Blase (Bryan) 380; (van Dam) 527.
— des Dickdarms (Murray) 369.
— des Duodenum (Davis III.) 595; (Friedrich) 696.
—Entzündung (Stanton) 520.
—, erworbene, der Flexura sigmoidea, entzündliche Erkrankungen ausgehend von (Eisenberg) 824.
— des Magens, Röntgenbild eines (Guillot) 590.
—, Meckelsches s. a. Ileus und Intussusception.
—, Meckelsches (Wellington) 117.
—, Meckelsches, Ileus infolge eines (Bien) 811; (Eustace) 76; (Muggia) 596.
—, Meckelsches, und seine Komplikationen (Brennecke) 443.
— und Cysten des Wurmfortsatzes (Bérard u. Vignard) 822.
Divertikulitis s. a. Meckelsches Divertikel.
—, akute, des Meckelschen Divertikels (Wellington) 117.
Dixons Tuberkulin bei vorgeschrittener chronischer ambulatorischer Tuberkulose (Francine u. Hartz) 550.
Doppelmißbildungen der Zehen (Gebhardt) 664.
Dopter, Serum von, Cerebrospinalmeningitis verursacht durch den Parameningokukkus, behandelt und geheilt durch (Salin u. Reilly) 251.
Douglassche Falte, Druckempfindlichkeit der, Frühsymptome von Perforationsperitonitis (Kulenkampff) 154.
Douglas, Wert der Probepunktion des, bei Blutung infolge von Ruptur eines Astes der Art. mesenterica in der Schwangerschaft (Ducuing u. Florence) 515.

Doyensches Antimeristem zur Behandlung von Krebs (Kafemann) 174.
Drainage des Abdomens (Barker) 185.
— stagnierender Ascitesergüsse in das Zellgewebe (Henschen) 37.
—, temporäre extrakranielle, eines Seitenventrikels zur Behandlung der Stauungspapille, insbesondere bei Hirntumoren (Kaelin-Benziger) 250.
— des Verdauungskanals zur Behandlung des peritonitischen Ileus (Dupont) 446.
Drüsen-Erkrankungen der Kinder, Zusammenhang mit periodontischen Erkrankungen (Mex) 570.
—Sekretion, Toxizität der, Einfluß auf Darmverschluß (de Gaulejac) 443.
—Tuberkulose, Behandlung (Jaugeas) 399.
Ductuscholedochus s. auch Choledochus.
— choledochus, Fall von angeborenem Defekt (Elperin) 190.
— choledochus, Gallencapillaren bei Unterbindung des (Ogata) 520.
— hepaticus, Ascaris im (Hinterstoisser) 603.
— hepaticus und choledochus, Knickung an der Vereinigungsstelle nach Cholecystostomie (Stetten) 373.
— hepaticus, Drainage transduodenale (Hörz) 120.
— hepaticus, Drainage transjejunale (Nordmann) 702.
— stenonis, Topographie des (Delmas u. Puyhaubert) 570.
— thoracicus, Untersuchungen über (Bourguet) 578.
Dünndarm, wachsende Adenome des oberen Teiles des (Hartmann) 651.
—, subseröse Adenomyomatose des (de Jong) 223.
—, Perforation bei Paratyphus (Chevrier) 365.
—, Resektion von 11 Fuß des (McGuire) 223.
—, Entwicklungshemmung des Endstückes des (Perrin) 452.
—, Geschwüre im (de Rouville u. Roger) 597.
—, anämischer Infarkt des (W. R. Meyer) 518.
—, Kotstauung im (Harris) 820.
—, primärer Krebs des (Carlson) 698.
—Schlinge, Gangrän der Appendix und einer (Malcolm) 189.
—, angeborener Verschluß des (Perrin) 452.
—, Volvulus des (Lésniowski) 652.
—, Volvulus, nach diagnostischer Baryummahlzeit (Fairise u. Caussade) 818.
—, Volvulus des, bei Mesenterium ileocoecale commune (Zahn) 596.
v. Dungernsche Reaktion bei bösartigen Tumoren (Petridis) 285.
Duodenalblähung (Friedrich) 696.
Duodenalgeschwür (Bier) 756; (Boit) 757; (Cooley) 820; (Kreuzfuchs) 594; (Küttner) 754; (Moynihan) 753; (Plitek) 819; (A. Schmidt) 753; (Schmieden) 755.
—, Diagnose (Allard) 695.
—, Diagnostik und innere Therapie (Strauss) 268.
—, Einfluß der Gastroenterostomie auf (Berg) 651.
— im ersten Lebensjahr (W. Schmidt) 694.
— und Magengeschwür, Differentialdiagnose (Sommerfeld) 300.
Duodenalgeschwür und vegetatives Nervensystem (v. Bergmann) 752.
—, Perforation des (Corner) 455, 695; (Houghton) 188; (Wetterstrand) 593.
—, Behandlung des perforierten (Simon) 363.
—, perforiertes, Verwendung der Netzmanschette bei Behandlung des (Neumann) 593.
—, Röntgenbefunde bei (Haudek) 751; (Pfahler) 517; (Strauß) 267.
— und Trauma (Hiltmann) 594.
Duodenal-Inhalt, Diagnose der Pankreasfunktion durch Fermentanalyse des (Crohn) 603.
—Katheter, Untersuchungen über Pylorospasmus und Pankreasfermente vermittels (Hess) 362.
—Schlinge, toxische Substanz gebildet von der Schleimhaut der geschlossenen (Whipple, Stone u. Bernheim) 819.
—Stenose (Béclère) 750; (Haudek) 751.
—Stenosen, ihr Verhalten bei Milchdiät (Jonas) 591.
—Verletzungen durch stumpfe Gewalt (Röpke) 188.
—Verschluß, arteriomesenterialer (v. Haberer) 40.
Duodenojejunostomie nach Gastrojejunostomie, Gebrauch eines Murphyknopfes zwecks (Bartlett) 75.
Duodenum, Affektionen des (Friedrich) 696.
—, Atresie des (Weber) 518.
—, Divertikel des (Davis III) 595; (Friedrich) 696.
—, phlegmonöse Enteritis im (Frising u. Sjövall) 268.
—, Hutnadel im (Batavyal) 757.
—, Polyposis des (Friedrich) 696.
—, Resektion bei Ulcus duodeni (Richter) 757.
— im Röntgenbild (White) 814.
—, Verletzung durch stumpfe Gewalt (Schwabe) 596.
Dupuytrensche Kontraktur behandelt mit Schilddrüsensaft (Gilbert) 132.
Duradefekte, Ersatz von (v. Hacker) 22.
Durantes Jodbehandlung der Tuberkulose (Formichella) 549.
Durasinusthrombose, Studium der (Mancini) 642.
Dysenterischer Leberabsceß mit Durchbruch in die Bronchien (Chauffard) 464; (Flandin u. Dumas) 523.
—, in die Bronchien durchgebrochener Leberabsceß, geheilt durch Emetin (Chauffard) 372.
Dysmenorrhöe, Röntgenbehandlung bei (Bauer) 383.
Dyspepsie, chronische, operative Behandlung (Wathen) 592.
Dysphagia, Behandlung der (Horne) 506.
— dolorosa, neue Behandlungsmethode bei Tuberkulose und Krebs des Larynx durch Resektion des inneren Astes des Nerv. laryngeus superior (Chalier) 29.
— und Dyspnoe lusoria (Girard) 743.
Dysphagie bei tuberkulöser Laryngitis (Bertran y Castillo) 428.
— der Tuberkulösen, behandelt durch Anästhesierung oder Resektion des Nervus laryng. sup. (Grivot) 216.
Dyspituitarismus, Fall von (v. Bonin) 101.
Dyspnoe lusoria und Dysphagia (Girard) 743.

Dysthyreosis, leichtere Anzeichen der (Luzzatti) 106.
Dystopie der Nieren (Plummer) 122.
Dystrophie, osteo-muskuläre, mit Zwergwuchs (Tixier u. Röderer) 317.

Echinococcus, Ruptur eines Abdominal-, während der Narkosenuntersuchung (Hagenauer) 810.
—Cyste, Diagnose mit Hilfe der biologischen Methoden (Mercier) 749.
—Cyste der Glandula submaxillaris (Walker) 60.
—Cyste der Leber mit Exstirpation des Sackes behandelt (Lenger) 601.
—Cyste in der Lendengegend mittels biologischer Methode diagnostiziert (Mercier) 810.
—Cyste der Lunge (Morestin) 151.
— der Lungen (Behrenroth) 35.
— der Lungen, operative Behandlung des (Charrier) 808.
— der Lungen, Endresultate der operativen Behandlung (Tuffier) 219.
— der Niere (Diamantis) 228.
—Fälle, seltene (Hall) 760.
—, retrocervicaler extraperitonealer, als Geburtshindernis (Gussakoff) 198.
— multilocularis, sein Auftreten im Ain- und Juragebiet (Adam) 54.
Ectopia testis s. a. Hodenektopie.
— testis (Eccles) 82.
— testis perinealis mit eingeklemmter Leistenhernie (Français) 82.
— testis, neues Vorgehen zur Radikalbehandlung der (Gorse u. Swynghedauw) 660.
— vesicae, Plastik der Blase und Harnröhre (Kiełkiewicz) 706, s. auch Blasenectopie.
Ectropium senile, Knorpelausschälung gegen (Kugel) 337.
Edebohlsche Operation s. Nierendecapsulation.
Ejaculatio praecox bei Colliculus seminalis-Erkrankungen (Wassiljew) 615.
Eichel, Fibrom der (Desgouttes) 530.
Eierstock s. Ovarium.
Einfaltung des Duodenalgeschwürs bei Gastroenterostomie (Kreuzfuchs) 594.
Eingeweide-Bruch s. Hernien.
—, Leben der vom Organismus getrennten (Pozzi) 3.
—Senkung, Pathogenese der (Piazza) 583.
—, vollständige Umlagerung der (Tennant u. Stover) 514.
—Zurückhalter (Hadden) 641; (Kahn) 641.
Einstülpungsnaht, selbsttätige, für den Appendixstumpf (Bartlett) 119.
Einzelniere, Chirurgie der (Mayo) 825.
Eisenbahn-Chirurgie, größere (Lofton) 671.
Eisen- und Kalkgehalt der carcinomatösen Leber (Robin) 191.
—Splitter in der Linse (Ammann) 293.
Eiweißuntersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit (Bisgaard) 255.
Ekchondrom, bilaterales, der Ohrmuschel (Zografides) 26.
Elektrargol, Wirkung des (Daels) 447.
Elektrische Erregbarkeit der Zentralwindungen (Lewandowsky u. Simons) 147.
— Ströme und Blitze, Tod durch (Jex-Blake) 406.
Elektrischer Strom, Tod durch (Jex-Blake) 637.
— Strom, Unfall durch (Bergonié) 405; (Jellinek) 13.
— Unfall, Tod durch Herzaffektion oder durch (Bernhardt) 243.
Elektrokoagulation bei chirurgischer Behandlung des Krebses (Abel) 285.
Elektrolyse (Guisez) 34.
— an röhrenförmigen Gebilden (Lafond-Grellety) 205.
Elektrolytische Behandlung der Trigeminusneuralgien (Réthi) 205.
Elektrotherapeutische Behandlung der Muskulatur (Becker) 56.
Elektrotherapie der Lähmungen und Muskelatrophien (Mann) 416.
Elephantiasis s. a. Pseudoelephantiasis.
—, bacilläre (Sézary u. Salès) 318.
—, angeborene, und infantiles Glaukom (Coronat) 293.
—, syphilitische, am Oberarm (Balzer u. Belloir) 483.
—, primäre tuberkulöse (Daniel) 47.
Elephantiastische Zustände der Gliedmaßen, Ableitung der Lymphe bei (Lenormant) 84.
Ellbogen-Ankylose, angeborene (Bychowsky) 844.
—, tuberkulöse Arthritis des (Lozano) 709.
—Brüche mit Luxation des Radiusköpfchens (Kirmisson) 709.
—Fractur, sehr seltener Fall von (Deroide) 132.
—Gelenk, Behandlung der Frakturen im Bereich des (Simpson) 166.
—Gelenk, Frakturen in der Nähe des, Diagnose und Therapie (Voeckler) 662.
—Gelenk, Plastik bei veralteter Luxation (Bogoras) 279.
Elfenbeinimplantation, Beobachtungen über (König) 715.
Elliotsche Operation (Barraquer) 568.
— Trepanation, Technik der (v. Mende) 63.
Elsbergsche Kanüle zur Bluttransfusion (Danis) 665.
Embolie, operierte, der Arteria fem. (Key) 845.
—, vorübergehende, der Arteria mesenterica (Bornstein) 515.
—, Gewebs- (Kunze) 4.
— der Lunge, Lokalisation der (Kretz) 580.
—, Lungen-, experimentelle Lokalisation der (Kretz) 71.
— der Lunge, obturierende, als postoperative Todesursache (Petrén) 687.
— der Lungen, operative Behandlung (Schumacher) 687.
— der Lungen, postoperative (Mauclaire) 137.
—, Mechanik der (Geigel) 580.
Emetin, Injektion vom Chlorhydrat bei chirurgischer Behandlung dysenterischer Leberabscesse (Flandin u. Dumas) 523.
—Injektionen, subcutane, Leberamöbenabsceß behandelt mit Punktion und (Rouget) 760.
— zur Heilung eines dysenterischen, in die Bronchien durchgebrochenen Leberabscesses (Chauffard) 372.
Emphysem der Darmwand (Mjassnikoff) 597.
—, Haut-, nach Insufflationsnarkose (Luke) 410.
—, subcutanes, nach Laparotomien (Gergö) 444.

Emphysem der Lungen, Rückwirkung einer Brustwandresektion auf (Friedrich) 748.
— der Lungen, chirurgische Behandlung (Majewski) 647; (Rubaschoff) 353.
— des Mediastinums und künstlicher Pneumothorax (Galliard) 808.
—Operation, Freundsche, Kasuistik (Flesch) 582.
Empyem (Roussiel) 580.
—, doppelseitiges, geheilt durch Thorakotomie (Bozzotti) 151.
— bei einem Kinde (Cummings) 35.
— bei einem Säugling von 5 Wochen (Chandler) 110.
Empyem der Kieferhöhle, Beziehung zu Osteomyelitis des Oberkiefers (Lessing) 678.
—, akutes, dentalen Ursprungs, Zahnwurzelresektion mit gleichzeitiger Eröffnung der Kieferhöhle bei (v. Bleiweis) 339.
— der Stirnhöhle mit Hirnabsceß (Lübbers) 209.
Encephalitis, akute, spastische Lähmung nach (Higier) 256.
—, umschriebene, der linken motorischen Rindengegend mit anhaltenden epileptischen Anfällen (Krumbholz) 679.
Encheiresen, kosmetische (Kapp) 492.
Endotheliom der Highmorshöhle (Caminiti) 569.
— eines retinierten Hodens bei männlichem Pseudohermaphroditen (Wilson) 708.
—, Kasuistik (Szerszyński) 670.
— des Schleimbeutels des Kniekehlenmuskels (Petřvalský) 487.
—, subcorticales (Babitzky) 565.
Endoskopischer Befund der hinteren Harnröhre, Corpora amylacea im (Loose u. Steffen) 659.
Enophthalmus, traumatischer (Dutoit) 643.
Entbindungen bei plattem bzw. rachitisch plattem Becken, Darmverschluß nach (Rieck) 112.
Enteritis phlegmonosa, im Duodenum (Frising u. Sjövall) 268.
—, postoperative akute, als Ursache von Geschwüren in Dünndarm und Coecum (de Rouville u. Roger) 597.
Enteroptose, Pathogenese (Piazza) 583.
Entkapselung der Leber bei Lebercirrhose (Kelley) 78.
Entropionoperationen mit Lidrandplastik (Farmakowsky) 213.
Entwicklungsfehler des Ohres (Sak) 422.
Entwicklungsstörungen, fötale, am Becken und Wirbelsäule als Ursache von Deformitäten (Falk) 740.
Enuresis nocturna, Wirkung von Tetrodotoxin gegen (Inouye) 527.
Ependymäre Gliomatose der Hirnventrikel (Margulis) 566.
Epibulbäre Tuberkulose (Guzmann) 102.
Epidermoidale Cholesteatome des Gehirns (W. R. Meyer) 292.
Epidermolysis bullosa, Zungenkrebs als Folge von (Klausner) 571.
Epididymitis, Epididymotomie zur rationellen Behandlung (Culler) 308, 838.
—, akute, nach Muskelanstrengung (Wolfendale) 617.
— tuberculosa, ausgelöst du ch Verhebung oder Erschütterung des Körpers (Roepke) 230.
Epididymotomie zur rationellen Behandlung der Epididymitis (Culler) 308, 838.
Epidurale Abscesse bei Ohreiterungen (Gofman) 420.
— Injektionen, Behandlung der Ischias mit (Langbein) 199.
Epiduralraum, Darstellung des (Heile) 742.
Epigastrische Hernie (Thiriar) 812.
— Hernien, gleichzeitiges Vorkommen bei Magengeschwür und Magenkrebs (Kirmisson) 187.
— Hernien, Pathogenese (Villard) 153.
Epigastrischer Schmerz bei Appendicitis (Solieri) 821.
Epigastrium, Parovarialcyste im, bei einem Kinde (Deane) 839.
Epignathus, seltener Fall von (Goto) 417.
Epilepsie, chirurgische Behandlung der 100.
— geheilt durch Einwirkung einer Cocain-Adrenalinlösung auf die Dura (Meisel) 731.
—, genuine, Pathogenese und Therapie (Bolten) 335.
—, hämatologische Untersuchungen über (Gorrieri) 792.
—, Jacksonsche (Julliard) 679.
—, Beziehung zu den Nebennieren (Silvestri) 523.
— und Schilddrüsensafttherapie (Gelma) 100.
—, erfolgreich operierte traumatische (Muskens) 732.
—, traumatische, nach Kopfverletzungen (Eguchi) 418.
—, traumatische, mit Schädelläsion (Muskens) 731.
—, Zustandekommen der (Sauerbruch) 731.
Epileptiforme Anfälle nach Salvarsan (Lube) 179.
Epileptische Anfälle bei Encephalitis (Krumbholz) 679.
— Anfälle, ausgelöst durch den Gebrauch von Eserin sulfur. (Bride) 60.
Epipharynx, röntgenographische Darstellung von Formveränderungen des (Lando) 506.
Epiphysenlösung der Metakarpen (Gasne) 484.
Epiphysenlösungen des oberen Femurendes, Coxa vara in ihren Beziehungen zu (Judet) 85.
Episkop, optisches Instrument zur Röntgenuntersuchung (Cotton) 247.
Epispadie (Morestin) 618.
— und Hypospadie (Stettiner) 127.
Epithelcysten der Finger und der Vola manus (Rosoff) 495.
Epitheliale Blasengeschwülste (Ferulano) 276.
— Geschwülste, gutartige, körnige Substanz der Sarkosporidien in (Jaboulay) 551.
— Tumoren der Schweißdrüsen, Studium der (Giani) 402.
Epitheliom des Winkels der Augenlider (Morelle) 568.
— der Haut, Röntgenbehandlung der (Scaduto) 551.
— der Haut, sog. verkalkte, onkologische Stellung der (Landau) 54.
—, verschiedene Grade der Malignität der (Paul) 551.
— der Ohrmuschel (Patterson) 797.
—, tiefes, präauriculäres (Morelle) 563.
—, Seborrhöe der Unterlippe und ihre Beziehung zum (Montgomery) 254.

Epithelkörperchen zur Behandlung Basedowkranker (Rosenberg) 347.
—, Insuffizienz und Behandlung (Morel) 508.
Epithelwucherungen, Erzeugung atypischer(Haga) 54.
Epitrochlea, Bruch der, und Einkeilung des Fragments in die Gelenklinie (Ombrédanne) 483.
Epityphlitis s. Appendicitis.
Erbrechen, unstillbares, bei Wanderniere (Munoz) 705.
Ergrauen der Haare nach Trauma (F. Fischer) 327.
Ernährung der Anästhesierten und Operierten (Chauvin u. Oeconomos) 491.
Erstickung von bösartigen Neubildungen (Chachlow) 240.
Erstickungsgefahr, rasche Eröffnung des Kehlkopfs bei (Denker) 69.
Erysipel, Behandlung mit Antistreptokokkenserum (Welz) 780.
—, latentes (Schlesinger) 92.
—, latentes, Beitrag zum (Semenow-Blumenfeld) 318.
Erythromelalgie, erfolgreich behandelt mit Foersterscher Operation (Mayesima) 800.
Eserin. sulfur., epileptische Anfälle ausgelöst durch (Bride) 60.
Eusemin, Erfahrungen (Meisen) 560.
—, Lokalanästhesie am Auge mit besonderer Rücksicht auf (Adler) 243.
Eventratio diaphragmatica (Motzfeld) 264.
Exanthem, scharlachähnliches, infektiöses, bei schwerer Armphlegmone (Étienne u. Aimes) 171.
Excision des Kniegelenks, neues Verfahren für (Bogoras) 199.
Exenteratio orbitae, Lokalanästhesie bei (Seidel) 338.
Exostosen, Fall von mehrfachen osteogenen (Rathery u. Binet) 171.
—Bildung nach suprakondylärer Oberarmfraktur (Süssenguth) 310.
Explosion der Liberté, Sanitätsbericht über (Gazeau) 327.
Extensionsbehandlung, Bardenheuersche (Grune) 278.
— von Oberschenkelbrüchen, Lähmungen bei (Weichert) 167.
Extraduralabsceß nach Stirnhöhlenkatarrh (Johnston) 678.
Extraduralanästhesie (Läwen) 18.
—, Kippstuhl zur Ausführung der (Schlimpert) 96.
—, Operationen unter (Lynch) 498.
— für chirurgische und gynäkologische Operationen (Bleek) 19.
Extradurale Abscesse bei Ohreiterungen (Gofman) 420.
Extrakranielle temporäre Drainage eines Seitenventrikels zur Behandlung der Stauungspapille (Kaelin-Benziger) 250.
Extraoraler Verband bei Behandlung von Kieferbrüchen (Frenzel) 644.
Extraperitonealer Echinokokkus als Geburtshindernis (Gussakoff) 198.
Extrapleurale Thorakoplastik (Baer) 184; (Sauerbruch u. Elving) 108.
Extrarenaler Nebennierentumor (Harttung) 303.
Extremitäten-Ankylose, moderne Behandlung (Charbonnel) 309.
—Gangrän (Petroff) 541.
—Knochen, lange, freie Transplantation der (Petroff) 277.
—, Spontangangrän an den (Koga) 386.

Facialislähmung, Ätiologie der (Rydel) 98.
—, Behandlung mit Muskelplastik (Hildebrand) 728.
—, operative Korrektur der (Stein) 728.
Fäces, Instrument zur Herstellung einer Ableitung der (Lusk) 56.
Fahrstuhl, Quetschung des Leibes durch (Lauenstein) 307.
Fascia lata, freie Plastik der (Lucas) 396.
Fasciale Aufhängekapsel, Nephropexie vermittelst transplantativer Bildung einer (Henschen) 612.
Fascien-Transplantation, freie (Korneff) 538; (Neudörfer) 5.
—, freie, Blasenscheidenfistel geheilt durch (H. H. Schmid) 839.
—Transplantation, freie, bei Operation der Spina bifida (Pieri) 573.
—Transplantation, freie, bei Ptosisoperation (Aizner) 179.
—Transplantation zum Zwecke der Rectopexie und Nephropexie (Ach) 701.
—, freie transplantierte, Verhalten im menschlichen Organismus (Chiari) 316.
Feilenhauern, isolierte Atrophie einzelner Daumenballenmuskeln bei (Teleky) 484.
Feld-Lazarett in Tripolis (Hill) 142.
—Sanitätsbehältnisse, haltbare Jodtinktur in den 289.
—Sterilisator (Kennedy) 790.
Felsenbein, Resektion des Nervus Facialis im (Robineau) 334.
Femur, atrophischer, typische Fracturen des (Brandes) 167.
—, atrophischer, Suprakondylärbruch des (Lejars) 485.
—Ende, Epiphysenlösung am oberen (Joüon) 135.
—Ende, oberes, Coxa vara in ihren Beziehungen zu den Fracturen und Epiphysenlösungen des (Iudet) 85.
—Ende, unteres, chronische Osteomyelitis, am (Frangenheim) 630.
—Ende, unteres, Riesenzellensarkom am (Schwartz) 85.
—Fractur, suprakondyläre, mit Einbohrung des einen Fragmentes in das Holz einer Telegraphenstange (Bindi) 391.
—, Lähmungen bei Extensionsbehandlung von Fracturen des (Weichert) 107.
—Schaft, Endresultat bei Fracturen des (Estes) 135.
Ferment-Analyse des Duodenalinhaltes und der Pankreasfunktion (Crohn) 603.
—Trypsin-Jodoformbehandlung tuberkulöser Herde (Lance) 173.
Fett-Bruch (Friedman) 447.
—, freitransplantiertes, Verwendung in der Gelenkchirurgie (Röpke) 771.
—Nekrose, abdominale, circumscripte Tumorbildung durch (Küttner) 36.

Fett-Plastik zur Tendo- und Neurolysis (Eden) 714.
—Spaltung, subcutane, circumscripte Tumorbildung (Küttner) 36.
—Transplantation (Hayward) 714; (Etienne u. Aimes) 396.
—Transplantation zum Verschluß von Nabelbruchpforten (Chaput) 186.
—Transplantation, Behandlung, der Tibia osteomyelitis mit (Chaput) 311.
Fibroangiom der Augenhöhle (Shirmer) 643.
—, im Musculus biceps brachialis (Gibb) 844.
Fibrolipom, großes, des Oberschenkels (Falcone) 199.
Fibrom der Augenhöhle (Teulières) 148.
—, multilobuläres, im Cervicalmark (Merzbacher u. Castex) 801.
—, der Eichel bei gleichzeitiger multipler Fibromatose (Desgouttes) 530.
— am Handrücken (Ducastaing) 627.
— des Magens mit Perforationsgeschwür (Skeel) 365.
— des Mesenteriums (Lenger) 265.
— des Nasen-Rachenraumes (Texier) 104.
— der Schädelbasis, Operation der (Marcellos) 728.
— der Schädelbasis, operative Behandlung (Krassin) 417.
Fibromatose, Fibrom der Eichel bei gleichzeitiger multipler (Desgouttes) 530.
Fibroplasmocytom des Samenstrangs (Ciaccio) 478.
Fibrosarkom s. a. Sarkom.
— der Halswirbelsäule geheilt durch Operation (Kennedy) 105.
— des Rachens, multiple (Okouneff) 424.
Fibrosarkomatose, multiple periphere, 2 Fälle von (Magni) 554.
Fibula, federnder Callus des (Toussaint) 482.
—, Fractur der mit Pronationsluxation des Fußes (Bindi) 391.
Filigrannetze, Einpflanzung in Bruchpforten von (McGavin) 265.
Filtration der Röntgenstrahlen, starke, eine Gefahr für die tiefliegenden Organe (Nogier u. Regaud) 21.
Finger, plastischer Ersatz der Nase durch den (McWilliams) 568.
—Arterien, Beziehung zwischen dem Blutdruck der A. brachialis und (Punin) 713.
—Phalanx, Ersatz von (Goebel) 310.
Finsenbehandlung, Grundlage, Technik und Anwendung (Reyn) 333.
Fischerscher Apparat zur Sondenernährung, Modifikation des (G. Maier) 57.
Fistula ani (Tracy) 273.
— colli (Wenglowki) 294.
— colli mediana (Bunde) 575.
Flexnersches Serum gegen die epidemische Meningitis (Hirsch) 574.
Flexura sigmoidea, Angiome der, mit profuser Hämorrhagie (Tuffier) 302.
— sigmoida, Frühdiagnose des Carcinoms des (Friedrich) 825.
—sigmoidea, entzündliche Erkrankungen ausgehend von erworbenen Divertikeln der (Eisenberg) 824.
Flexura, sigmoidea, operative Behandlung der Geschwülste der (Rydygier) 653.
—sigmoidea, Pfählungsverletzung der (Bichat u. Job) 464.
—sigmoidea, Volvulus der (Michelsson) 826.
Foerstersche Operation (Foerster) 215; (Higier) 256.
—Operation zur Behandlung von Erythromelalgie (Mayesima) 800.
—Operation bei Eingeweidekrisen der Tabes (Frazier) 343; (Leriche) 507; (Sauvé u. Tinel) 344.
Fontanelle, chirurgische Behandlung der meningealen Blutungen durch Punktion der großen (Doazan) 337.
Forlaninis Methode der Behandlung der Lungentuberkulose (Aron) 353; (Bernard) 511; (Hamman u. Sloan) 351; (Hymans v. d. Bergh, Josselin de Jong u. Schut) 353; (Leuret) 688; (Piéry u. Le Bourdellès) 184; (Rénon) 352; (Sorgo) 352; s. a. Pneumothorax, künstlicher.
Formaldehyd-Dämpfe zur Sterilisation in der chirurgischen Praxis (Groß u. Barthélemy) 144.
—Gasedesinfektion für halbweiche Instrumente (Hagen) 145.
Formalin, Vorsicht bei Anwendung von (Morgan) 415.
Formes frustes der Akromegalie und des akromegalischen Riesenwuchses (Marquès u. Peyron) 24.
Fossa submaxillaris, Struma aberrans in der (Crowther) 423.
Fowlersche Lage, Kissen und Gurte zur Einhaltung der (Whiteford) 726.
Fracturen s. a. Spontanfracturen.
— (Openshaw) 95.
—Behandlung (Jones) 771; (Raoult-Deslongchamps) 241; (Turner) 497.
—, Behandlung, ambulante, mit Gipsverbänden und Distraktionsklammern (Hackenbruch) 131, 637, 718.
—, Behandlung, blutige, der (Roberts) 328.
—Behandlung mit Laneschen Knochenplatten (Bartlett) 242.
—, Behandlung mit Massage und Bewegung (Watson) 12.
—, Behandlung, operative (Walker) 96, 328.
—, Behandlung, rationelle, der (Raoult-Deslongchamps) 405.
—Behandlung, durchlöcherte Stahlplatten zur (Joynt) 290.
—Behandlung, gegenwärtiger Stand der (Jones) 328.
—, Behandlung, unblutige (Giacquinta) 131.
— des Collum chirurgicum humeri mit Luxation des Humeruskopfes nach vorn (Hurtado) 387.
— im Bereich des Ellbogengelenks (Simpson) 166.
— in der Nähe des Ellbogengelenks, Diagnose und Therapie (Voeckler) 662.
— des Ellbogens mit Luxation des Radiusköpfchens (Kirmisson) 709.
— der Elle mit Luxation des oberen Radiusendes, operative Behandlung (Abadie) 132.
— der Extremitäten, Behandlungsmethoden (Wegner) 772.
— des femur, Lähmungen bei Extensionsbehandlung (Weichert) 167.

Fracturen des Femurschaftes Endresultat (Estes) 135.
— der Fibula mit Pronationsluxation des Fußes (Bindi) 391.
—, operative Fixation als Ursache der verzögerten Heilung bei (Roberts) 840.
— des Fußgelenkes, einige seltene (Chaput) 535.
— des Gesichtsschädels (Köste) 291.
— des Handgelenkes und Fußgelenkes (Skinner) 487.
—, wichtiges Hilfsmittel bei mangelhafter Verknöcherung von (Onorato) 206.
Fractura humeri, supracondyläre (Süssenguth) 310.
— komplizierte supracondyläre, des humerus, geheilt durch Vernagelung (Brau-Tapie) 387.
Fractur, supracondyläre, des Humerus, frühzeitige Operation bei (Broca) 483.
—, Depressions-, des Jochbeines, Reposition von (Manwaring) 333.
— des Kahnbeins, isolierte, des Fußes (Grune) 312.
— des Kiefers, Behandlung (Frenzel) 644.
— der Knöchel und Handgelenke, neue Methode zur Bestimmung der Prognose von (Skinner) 311.
— Reposition mit Lokalanästhesie (Braun) 12; (Dollinger) 175.
—, multiple spontane, von spezieller Form (Plisson) 482.
— des Os naviculare (Wallace) 626.
— Patellar-, neue Behandlungsmethode (F. Schultze) 847.
— der Patella und des Olecranon, Behandlung durch die subcutane Naht (Chaput) 168.
— Patellar-, bei einem Tabiker (Spencer) 86.
—, Radiographie und blutige Behandlung der (Iñigo) 242.
— des Radius, Endergebnisse bei der Behandlung (F. Schultz) 662.
— des unteren Radiusendes (Eve) 844; (Parrisch) 311.
—, Untersuchung mit Röntgenstrahlen (Lacaille) 772.
— des Schädeldaches (Frilet u. Revel) 209.
— des Schenkelhalses, Fernresultat einer Verschraubung des Trochanter maior wegen (Cruet u. Moure) 391.
—, blutige Stellung schlecht stehender (Keppler) 206.
—, Hinterrand-, der Tibia (Destot) 848.
— des oberen Tibiaendes (Moreau) 776.
— des Tuberculum majus humeri (v. Erps) 709.
— des Unterkiefers s. Unterkieferbruch.
— des Unterschenkels (Clermont) 391; (Walther) 632.
— des Unterschenkels behandelt mit dem Delbetschen Gehverband (Pellot u. Pizon) 96.
— des Unterschenkels, Lambretscher Apparat bei (Walther) 712.
— vertebrae cervicalis V behandelt mit Laminektomie (S. u. J. Nordentoft) 26.
— der Wirbelsäule (Descamps) 255.
Fragmente, Reposition der, unter dem Röntgenschirme in Lokalanästhesie (Braun) 12; (Dollinger) 175.
Frankesche Operation (Sauvé u. Tinel) 344.
— Operation bei den Eingeweidekrisen der Tabes (Leriche) 507.
Fraziers Methode zur Hypophysenfreilegung (Sweet u. Allen) 795.

Fremdkörper. Allgemeines.

Fremdkörper, Apparat zur Bestimmung von (Cánovas) 676.
—Extraktion, Technik der (R. u. F. Felten-Stolzenberg) 21.
—Extraktion, Vereinfachung (Schlesinger) 676.
Fremdkörpertuberkulose, Histologie der (Wilke) 257.

Fremdkörper im Auge.

— im Auge oder Augenhöhle (Rogers) 148.
— im Auge, Nachweis mittels Röntgenstrahlen (Haudek) 568.
— aus der Augenhöhle entfernt (Stevenson) 62.
— in der Linse (Ammann) 293.

Fremdkörper im Kehlkopf, Bronchen und Lunge.

—, großer, in der Mundhöhle (Miláček) 506.
—, aspirierter, Bericht über (Zimmermann) 150.
— in den oberen Luftwegen (Glas) 345; (Zytowitsch) 428.
— in der Lunge extrahiert durch Pneumotomie (Kellock) 151.
— in der Lunge, Pneumonie wegen eines (Kellock) 350.
— in der Trachea s. a. Bronchoskopie.
—Extraktion aus der Trachea vermittels oberer Bronchoskopie (Davis) 257.

Speiseröhre.

— im Oesophagus (Biggs) 434; (Liébault) 511; (Ssakowitsch) 511; (Thomson) 183.

Magen und Darm.

— im Bruchsack (Stasow) 362.
— des Darmes (Rybak) 520.
— des Darmes und Wurmfortsatzes (Retzlaff) 365.
— Gastrotomie mit Entfernung von (Matthes) 302.
— im Magen (Storey) 188.
— im Verdauungs- und Respirationstraktus von Kindern (Hirsch) 691.

Blase, Harnröhre und Uterus.

— der Blase, Behandlung (Laporte) 659.
— der Harnröhre und der Harnblase (Hautefort) 307.
—, seltener, in der männlichen Harnröhre (Häuer) 613.
— des Uterus, Kasuistik der (Kastanaeff) 530.
Freundsche Emphysemoperation, Kasuistik (Flesch) 582; (Rubaschoff) 353.
Freyersche Operation s. Prostatectomie suprapubica.
Friedländerscher Pneumobacillus, Fall von Septicämie durch den (Valette u. Ramond) 138.
Froelichscher Typus der Coxa vara cervicalis (Rocher) 774.
Frostbeulen, behandelt mit galvanischem Strom (Chuiton) 397.
Fürbringers Methode der Händedesinfektion (Schaeffer) 331.
Fulguration, Ureterstein, eingekeilt in der Blasenmündung, befreit durch (Furniss) 162.
Funiculitis s. Samenstrangentzündung.
Funktion der Appendix (Corner) 270.
Funktionelle Untersuchung bei chirurgischer Nierenerkrankungen (Bromberg) 122, s. a. Nierenfunktionsprüfung.
Furunkel, seltene Komplikationen (Fischer) 544.

Furunkulose, Behandlung mit Staphylokokken-Vaccin „Opsonogen“ (Zweig) 318.
Fuso-spirillare Assoziation in einem Falle von Pseudoelephantiasis des unteren linken Gliedes (Bevacqua) 484.
Fuß, normaler, Bau und Mechanik des Plattfußes und des (Baisch) 87.
—, Gangrän des, Diagnostik und Therapie (Moszkowicz) 664.
—, isolierte Kahnbeinfraktur des (Grune) 312.
—, paralytischer, Osteoplastik zur Fixation (Frattin) 312.
—, Stützpunkt des, beim Gehen und Stehen (Momburg) 312.
—, Verrenkung unterhalb des Sprungbeins (Grune) 312.
Fußgelenk, Arthrodese des (Schönenberg) 86.
—Brüche, Prognose der (Skinner) 487.
—, einige seltene Fracturen des (Chaput) 535.
—, versteifte, Behandlung von (Weisz) 311.
—Geschwulst, Ursache der (Winkler) 632.
—Wurzelknochen, Resektion durch mittlere dorsale Schnittführung (Chaput) 392.

Galle, Toxische Wirkung der (Ladd) 273.
Gallenblase, Chirurgie der (Adler) 601.
—Erkrankungen, Differentialdiagnose bei (Kanavel) 826.
—, Exstirpation der (Gosset) 465.
—, Hydrops der (Eccles) 521.
—, mikroskopische Perforation der (Hugel) 827.
—, sanduhrförmige kongenitale (Toida) 602.
—, Tumor der (Marcora) 465.
—Infektion, typhöse, bei einem Kind (Lowenburg) 602.
—, Veränderungen bei autoplastischer Transplantation in den Magen-Darmtraktus (Smith) 826.
Gallenbruch (Levin) 692.
Gallenchemismus (Ladd) 273.
Gallengänge, primärer Krebs der (Nikitin) 465.
Gallensteine s. a. Cholethiasis.
— (Moynihan) 78; (Work) 761.
—Leiden, Indikationen zur chirurgischen Behandlung (v. Fink) 44.
— im Choledochus, Diagnose eines (Cheney) 120.
— als Ursache von Darmverschluß (Micheleau) 191.
— und Darmsteinerkrankung (Binet) 521.
— an der Ileocoecalklappe, Ileus infolge von (Dufour, Desmarest u. Legras) 811.
—Ileus (Möller) 691.
—, kolikartige Anfälle bei Pankreatitis (Fáykiss) 157.
—, Lösungsmöglichkeit der (v. Hansemann) 827.
—Operierte, Endresultat (Short) 703.
—, Röntgenaufnahme von (Holland) 826; (Lomon) 464; (Squier) 831.
—Statistik (Courvoisier) 226.
Gallenwege, Ascaridiasis der (Rosenthal) 603.
—, Bauchfelltuberkulose mit Schrumpfung der (Mouisset u. Gaté) 812.
—, Bauchwandschnitt bei Operationen an den (Ernst) 702.
—, angeborene cystische Erweiterung der (Letulle) 273.
Gallenwegen, Operationen an (Kehr) 760.
—, Topographie der (Bourguet) 759.
Ganglien des Handgelenks, behandelt mit Jodtinktureinspritzungen (Pakowski) 627.
Ganglion Gasseri, Entfernung des, am hängenden Kopf (Passek) 209.
— Gasseri, schwere Gesichtsneuralgien, behandelt durch Alkoholinjektion ins (Alexander u. Unger) 98; (Alexander) 791.
— Gasseri, Härtelsche Injektionsbehandlung bei der Quintusneuralgie (Simons) 563.
—, sensible Nervenfasern der vom Trigeminus versorgten Muskeln kommend vom (Edgeworth) 681.
—Neurom, gutartiges, maligner Sympathoblastentumor des Halssympathicus, teilweise ausdifferenziert zu (Martius) 801.
Gangrän, Arthussches Phänomen mit, bei Diphtherie (Aviragnet u. Hallé) 139.
— während des Balkankrieges (Dreyer) 723.
—, beginnende, Behandlung der (Borchardt) 316; (Frank) 776.
— des Beines bei einem Säugling (Fitzwilliams u. Vincent) 629.
— mit enormer Blasenbildung nach Applikation einer Bleisalbe (Mauclaire) 714.
— behandelt mit reduzierter Blutzirkulation (Lidski) 536.
— der Extremitäten (Petroff) 541.
—, Spontan-, an den Extremitäten (Koga) 386.
—, Spontane, in der orthopädischen Chirurgie (Stern) 395.
—, Spontan-, der Genitalorgane (Spillmann, Thiry u. Benech) 614.
—, Spontane, Injektionen von Kochsalz- oder Lingleschen Lösungen bei (Koga) 231.
— der Lungen geheilt durch intrabronchiale Injektionen (Guisez) 583.
— des Wurmfortsatzes und einer Darmschlinge (Malcolm) 189.
Gangraena pedis, Diagnostik und Therapie bei (Moszkowicz) 664.
Gangränöse Appendicitis mit ungewöhnlichen Anamnesen (Hughes) 189.
Gasbildende und nichtgasbildende coliartige Bacillen, symbiotisches Wachstum (Bradley) 635.
Gasbildung der Bakterien der Koligruppe (Schönberg) 612.
Gascysten des Darms (Thalheimer) 820.
Gase, Resorption von, durch die Blase (Bassat u. Uleau) 275.
Gasphlegmone (Kirschner) 635; (Müller) 635.
—, Entstehung und Behandlung (Müller) 781.
Gastrische Adhäsion, Stätten der (Reid) 596.
— Krisen bei Tabes dorsalis behandelt mit Foersters Operation (Frazier) 343.
— Krisen bei der Tabes dorsalis, Studie über (Cade u. Leriche) 181.
Gastrocoloptose, chirurgische Behandlung (Rovsing) 74.
Gastroenterische Parese, postoperative (Pilcher) 445.
Gastroenterostomie im Alter von 13 Tagen (Fredet u. Tixier) 650.
—, Circulus vitiosus nach (Radlinski) 116; (Voelcker) 757.

Gastroenterostomie, Diarrhöe als Folge der (Durand) 75.
—, Behandlung gewisser ungünstiger Folgen nach (Hertz) 694.
— bei Gastrocoloptose (Rovsing) 74.
— mit Einfaltung des Duodenalgeschwürs oder mit Ausschaltung des Pylorus (Kreuzfuchs) 594.
—, Resultate bei peptischem Geschwür (Bourne) 300.
— mit Jaboulayschem Knopf (Rivière) 187.
—, Einfluß auf Magen- und Duodenalgeschwüre (Berg) 651.
— und Magenresektion, Indikation und Technik (Crile) 458.
— mit Pylorusausschaltung zur Behandlung stenosierender Ulcera pylori (Rossi) 694.
—, Rückenmarksanästhesie für, bei sehr geschwächten Kranken (Le Filliatre) 244.
—, hintere, bei Sanduhrmagen (Lefèvre) 187.
—, spontane, durch Röntgenstrahlen offenbart (Douarre) 816.
—, Technik der (Joseph) 595.
Gastrohepatisches Ligament, Rißverletzung des (Moschcowitz) 264.
Gastro-Jejuno-Oesophagostomie, Rouxsche (Uffreduzzi u. Giordano) 364.
—, Modifikationen nach Roux (Uffreduzzi u. Giordano) 650.
Gastrojejunostomie, neue Methode (Black) 459.
—, Gebrauch eines Murphyknopfes zwecks Duodenojejunostomie nach (Bartlett) 75.
Gastropankreatische Falten (Crymble) 74.
Gastropexie zur Behandlung von Gastroptosis (Perman) 456.
— vermittels Ligamentum teres (Pagenstecher) 40.
Gastroptose und Atonie (Disqué) 266.
—, Einfluß der Lage des Magens auf gewisse Erscheinungen von (Chase) 516.
—, Röntgenuntersuchung bei (Kahn) 454.
—, totale, mit Dilatation der Speiseröhre (Rovsing) 39.
Gastroptosis behandelt mit Gastropexie (Perman) 456.
Gastroskop, Nachweis einer Zahnbürste im Magen mit Hilfe eines (Wolff) 456.
Gastroskopie, neues Prinzip in (Lewisohn) 109.
Gastrostomie und Oesophagoplastik nach Jianu-Roepke (W. Meyer) 458.
—, Rückenmarksanästhesie für, bei sehr geschwächten Kranken (Le Filliatre) 244.
Gastrotomie mit Entfernung von 1149 Fremdkörpern (Matthews) 302.
—, sechsmalige, an demselben Magen (Wolff) 456.
Gaswechseluntersuchungen bei Hypophysengangtumor (Bernstein) 501.
Gaumen-Defekte, angeborene und erworbene, Therapie der (Neumann) 341.
—, harter, Deckung der Defekte mittels Hautappen (Vigyàzó) 214.
—Mandeln s. Tonsillen.
—Spalte, Obturatoren bei (Gutzmann) 64.
—Spaltenoperation mit einem Periosteotom (Cates) 499.
Gebärmutter s. Uterus.
Geburtshilfe, Blutstillung mittels modifizierten Momburgschen Verfahrens (v. Erps) 129.
Geburtshindernis, retrocervicaler extraperitonealer Echinokokkus als (Gussakoff) 198.
Gefäß-Anastomose s. a. Wietingsche Operation.
—Anastomose End-zu-Seit. Technik der (Jeger u. Israel) 158.
—Chirurgie (Vogel) 5.
—Ligaturinstrument (Spriggs) 55.
—Naht s. a. Arterien- und Venennaht.
—Naht (McLaurin) 711; (Perimow) 231.
—Nähte, Apparat für (Cunha) 208.
—Naht der Arteria brachialis und femoralis (Fowelin) 310.
—Naht und Kanüle von Elsberg bei der Bluttransfusion (Danis) 665.
—Naht, Instrument zur Erleichterung der (Jeger) 20.
—Naht bei Verletzungen (Danielsen) 497.
Gefäßscheidentumoren, primäre (Ferrarini) 785.
Gefäß-System, seltene Anomalien des (Jazuta) 489.
—Vereinigung, neue Methode (Porta) 233, 714.
—Wand, Wirkung von Bacterientoxinen auf die (Läwen u. Dittler) 492.
Gehirn s. a. Großhirn und Kleinhirn.
Gehirn-Absceß, bedingt durch anaëroben Spaltpilz (v. Hibler) 493.
—Abscesse, Beitrag zur Lehre der (Hirschberg) 292.
—Absceß, Osteomyelitis des Stirnbeines, Stirnhöhlenempyem (Lübbers) 209.
—Abscesse, otitische (Haymann) 100; (Michaelsen) 420; (Vennin) 212.
—Absceß als Unfallfolge (Fürbringer) 61.
—, chirurgische Eingriffe bei raumbeschränkenden Affektionen des (Auerbach) 335.
—Blutungen, Gelatine zur Blutstillung bei (Fornaseri) 336.
—Blutungen, Beziehung zur Sinusthrombose (Vorpahl) 60.
—Blutungen, traumatische (Corin) 564.
—, Zentralwindungen des, elektrische Erregbarkeit der (Lewandowsky u. Simons) 147.
—Chirurgie (v. Eiselsberg) 732; (Hildebrand) 735; (Krause) 734; (Oppenheim) 737.
—Cysten (Moschcowitz) 252; (Wersilow) 566.
—Cysticercen (Margulis) 565.
—, epidermoidale Cholesteatome des (W. R. Meyer) 292.
—Druck, intermittierender (Dobson) 738.
—Druck, Untersuchungen über den (Hauptmann) 334.
—Druck, Wesen des (Hauptmann) 500.
—Erschütterung (Goldscheider) 418.
—Erschütterung mit anatomischen Befunden (L. W. Weber) 179.
—, totales Fehlen des (Modena) 292.
—Gumma geheilt mit intravenöser Sublimatinjektion (Franke) 738.
—Hautentzündung s. Meningitis.
—Hauttumor, kleinfaustgroßer, Exstirpation in Lokalanästhesie (Andree) 420.
—Häute, Funktion der (Goldmann) 729.
—Krankheiten, Schenkelsymptom bei (v. Hainess) 250.
—Lokalisation (Barany) 736; (Rothmann) 566.

Gehirn, Nystagmus retractorius, ein Herdsymptom des (Elschnig) 60.
—, Operation bei Gumma des (Nonne) 336.
—Punktion, Technik der (Payr) 499.
—Punktion, experimentelle Untersuchungen über (Dörner) 210.
—, Sarkom des (Randolph) 565.
—Schußverletzung, Wernickesche Tastlähmung nach einer (Sztanojevits) 566.
—, Stichverletzung, eindringend in die linke Schläfengegend (Karschulin) 61.
—Tumoren (Hougardy u. Kremer) 794; (Laureati) 567; (Offenheim u. Krause) 449; (Guttmann) 793; (Lange) 335.
—Tumoren, Chirurgie der (Babitzky) 565.
—Tumor, manieartige Geistesstörung bei (Cordes) 335.
—Tumor, Operationen bei (Küttner) 733.
—Tumoren, kolloide, des III. Ventrikels (Hall) 180.
—, Beitrag zur Lehre von den Tumoren des (Ciuffini) 336.
—Tumoren, kongenitale, Eigentümlichkeiten der (Oppenheim) 23.
—Tumor, trotz Operation, erst bei der Autopsie gefunden (Bond u. Peabody) 180.
—Tumoren, operative Therapie der (Bonhoeffer) 101.
—Tumor, Auseinanderweichen der Schädelnähte im Kindesalter bei (Broca) 248.
—Tumoren, Behandlung der Stauungspapille insbesondere bei, durch Dekompressiv-Trepanation mit temporärer extrakranieller Drainage eines Seitenventrikels (Kaelin-Benziger) 250.
—Tumor, subcorticaler, tuberkulöser Natur, operativ entfernt (Hall u. Angus) 565.
—Ventrikel, ependymäre Gliomatose der (Margulis) 566.
—Verletzungen im Balkankrieg (Mühsam) 721.
—Verletzungen des, geheilt durch Trepanation (Vragassy) 212.
Gehörorgan, plastische Operation der kongenitalen Mißbildung des (Kosokabe) 339.
Gehverband, Delbetscher, Behandlung der Unterschenkelbrüche mit (Pellot u. Pizon) 96.
Geisteskrankheit und Osteomalacie (Imhof) 50.
—, Beziehungen zu Schädelverletzungen (Mott) 146.
Geistesstörung, manieartige, bei Hirntumor (Cordes) 335.
Gelatine s. a. Diphtherieserum.
—, blutgerinnungsfördernde Wirkung der (Ruediger) 633.
— zur Behandlung von Gehirnblutungen (Fornaseri) 336.
Gelenk-Anästhesie (Deutschländer) 413.
—Autoplastik (Lexer) 842.
—Chirurgie, Verwendung freitransplantierten Fettes in der (Röpke) 771.
—Entzündung s. Arthritis.
—Erkrankungen, gonorrhoische, Antimennigokokkenserum bei (Compan) 482.
—Erkrankungen, tabische, chirurgische Behandlung (Oehlecker) 775.
—Erguß, rein tuberkulöser eitriger, gutartige Form ohne Knochenerkrankung (Chalier u. Maurin) 140.
Gelenk, Histogenese neugebildeter (Bolognesi) 481.
—Mechanik, Lehrbuch der (Strasser) 620.
—Messer (Galeazzi) 20.
—Resektion ohne Drainage (Villard u. Tavernier) 305.
—Resektion bei tabischer Arthropathie (Oehlecker) 775.
—Rheumatismus, gonorrhoischer (Dardel) 235.
—, Einfluß der Insuffizienz und Atrophie der Schilddrüse auf Erkrankungen der (Hagen-Torn) 509.
—Schüsse (Schliep) 555.
—Schwellungen, Sporotrichosis mit (Adamson) 239.
—Teile, Rückverpflanzung von (Lexer) 842.
—Transplantation bei Extremitätenankylose (Charbonnel) 309.
—Tuberkulose (Ely) 204; (Ménard) 172.
—Tuberkulose, Bacillentypen von (Fraser) 781.
—Tuberkulose, Behandlung (Garrè) 622; (König) 623; (Porter) 842; (de Quervain) 8, 624; (Wilms) 624.
—Tuberkulose, eitrige, fistulöse, Behandlung (v. Wrześniowski) 625.
—Tuberkulose, wenig bekannte Formen der (Lozano) 237.
—Tuberkulose, periodisch intermittierende Hydrarthrosis (Chiray u. Michelowsky) 86.
—Tuberkulose, kindliche, Behandlung der (Böhm) 204.
—Tuberkulose, klimatische Behandlung der (Mencière) 321.
— und Knochentuberkulose, Behandlung mit orthopädischen Maßnahmen (Oehlecker) 236.
—Tuberkulose, Röntgenbehandlung der (Schede) 782.
—Tuberkulose, experimentelle Untersuchungen über (Fraser) 709.
—Wiederbildung nach Ankylose, Beziehung der Entwicklung von neuen Knochen zu (Murphy) 90.
Genitalien, äußere männliche, Plastik der (Bonamy u. Dartigues) 230.
—, weibliche, Verhältnis der Erkrankungen zur Appendicitis (Szili) 230.
Genitalhypertrophie bei Zirbeldrüsenerkrankungen (Marburg) 23.
Genitalorgane, Spontangangrän der (Spillmann, Thiry u. Benech) 614.
Genitalspalte mit Verdoppelung des Coecums und des Wurmfortsatzes (Läwen) 583.
Genu valgum, Ätiologie und Therapie (Heinlein) 775.
— valgum staticum, Seltenheit bei Arabern (Tortora) 135.
Gerichtsärztliche Untersuchungen (Leers) 667.
Geschlechtorgane s. Genitalien.
Geschoß, S-, Wunden durch Colmers 177, 672; Exner 407; Fessler 719; Franz 673; v. Frisch 176, 723; (Heyrovsky) 175; Kirschner 720, 722; Lotsch 555, 722.

Geschwülste. Allgemeines.

Geschwulst, bösartige, leukämieähnliches Blutbild im Anschluß an eine (v. Dieballa u. Entz) 671.
Geschwülste, Verschwinden des Zuckers bei Diabetikern nach Entfernung von (Manges) 671.

Geschwülste, familiäres Vorkommen maligner (Rohdenburg) 552.
— der Gefäßscheiden, primäre (Ferrarini) 785.
—, Glykogennachweis in (Rollo) 400.
—, bösartige, bei afrikanischen Negervölkern (Huguenin) 717.
—, Nucleohiston in bösartigen (de Veylder) 325.
—, Purine und ihre Umwandlung in (Wells u. Long) 206.
—, epitheliale, der Schweißdrüsen, Studium der (Giani) 402.
— und Trauma (Akerman) 783.
—, maligne, Verpflanzung und traumatische Aussaat von Krebs bei Operationen wegen (Mayo) 496.
Geschwulstförmiges Amyloid, Beitrag zur Kenntnis des lokalen (Schönhof) 95.

Ätiologie und Prophylaxe.

Geschwülste, maligne, Ätiologie (Lewin) 239.
—Bildung und ähnliche pathologische Prozesse (Brock) 401.
—, Erzeugung mittels arteigener und artfremder Embryonalzellen (Kelling) 401.
—Entwicklung unter dem Einfluß der synthetischen Farbenindustrie (Leuenberger) 275.
—, menschliche, Vorkommen von Hefen in (Loeb, Moore u. Fleisher) 54.
—, maligne und filtrierbare Infektionserreger (Lipschütz) 552.
—, übertragbare, Gebrauch von Kollodiumsäckchen beim Studium von (Nassetti) 324.
—, gutartige epitheliale, körnige Substanz der Sarkosporidien in den (Jaboulay) 551.
Geschwulstbildung, papillomatöse und carcinomatöse, hervorgerufen durch Nematoden (Fibiger) 496.

Geschwülste der Tiere.

Geschwulstbildungen bei Kaltblütern (Carl) 552.
Geschwülste der Mäuse, Einfluß intravenöser Einspritzungen von kolloidalem Kupfer (Loeb, Fleisher, Leighton u. Ishii) 205.
— der Mäuse, Übertragbarkeit (Rapp) 174.
— der Mäuse, Übertragungsversuche auf Kaninchen (Strauch) 174.
—, Versuche über die Biologie der Tier- (Lewin) 323.

Behandlung.

Geschwülste, inoperable, Behandlung (J. E. Schmidt) 407.
—, konservative Behandlung bösartiger (Boggs) 325.
—, maligne, nichtoperative Behandlungsmethoden der (Chlumsky) 406; (Werner) 553.
—, maligne, Chemotherapie der (Werner u. Szecsi) 401.
— beim Menschen, Chemotherapie der (Sellei) 401.
—, maligne, Erstickung von (Chachlow) 240.
—Extrakt zur Behandlung maligner Geschwülste (Stammler) 554.
— tiefsitzende maligne, oberflächliche Metastasen bei der Diagnose (Babcock) 141.
—, Beeinflussung durch Milzbrei (Oser u. Pribram) 10.
—, maligne, Behandlung mit radioaktiven Substanzen (Caan) 11.
Geschwülste, maligne, behandelt mit Radium (Bazy) 97; (Freudenthal) 786; (Championnière) 95.
—, Behandlung mit Röntgenstrahlen (Roques) 403.
—, maligne, Serodiagnostik bei (Brüggemann) 239; (Leschke) 784; (Petridis) 285; (Schenk) 785.
—Kranke, Serumfermentwirkungen bei (Lindig) 495.
—, maligne, behandelt mit eigenem Tumorextrakt (Stammler) 554.

Kopf und Wirbelsäule.

Geschwülste des Acusticus (Mertens) 735.
— des Acusticus, Kenntnis der (Berlstein u. Nowicki) 735.
— der Augenhöhle und Operationsindikationen (Collins) 338.
—, retrobulbäre, rationelles Operationsverfahren bei (de Obarrio) 337.
— des Gehirns (W. R. Meyer) 292.
— des Gehirns, Chirurgie der (Babitzky) 565.
— des Gehirns, manieartige Geistesstörung bei (Cordes) 335.
— des Gehirns, Operationen bei (Küttner) 733.
— des Gehirns, trotz Operation, erst bei der Autopsie gefunden (Bond u. Peabody) 180.
—des Gehirns, operative Therapie (Bonhoeffer) 101.
— des Gehirns, subcorticaler, tuberkulöser Natur, operativ entfernt (Hall u. Angus) 565.
— des Gehirns, kolloide, des III. Ventrikels (Hall) 180.
— der Glandula carotica (Sinjuschin) 802.
— der Hirnhaut, kleinfaustgroße, Exstirpation in Lokalanästhesie (Andree) 420.
— der Hypophyse (Davis) 213.
— der Hypophyse und Akromegalie (Massini) 212.
— des Hypophysenganges, Gaswechseluntersuchung bei (Bernstein) 501.
— des Kleinhirns (Hougardy u. Krémer) 794; (Oppenheim u. Krause) 419.
— des Kleinhirns, klinische Beobachtungen eines Falles (Laureati) 567.
— des Kleinhirns und Kleinhirnbrückenwinkels, Labyrinthveränderungen bei (Lange) 335.
— des Kleinhirnbrückenwinkels (Guttmann) 793.
—, maligne, in den Nebenhöhlen der Nase und im Cavum naso-pharyngeale (Sędziak) 339.
—, maligne, der Nasenscheidewand (Labouré) 64.
—, große, in der Orbita (Bouquet) 24.
— der Parotis (Harmer) 340.
— der Schädelbasis, Kasuistik der (Schwab) 333.
— der Schädelbasis, Operation (Marcellos) 728.
— des Scheitellappens, Beitrag zur Lehre von den (Ciuffini) 336.
— des Sehnerven und der Papille (Sulzer u. Rochon-Duvigneaud) 568.
— des III. Ventrikels, intermittierender Hirndruck bei (Dobson) 738.
— des Rückenmarks (Ebers) 27.
— der Halswirbelsäule, durch Operation geheilt (Fibrosarkom) (Kennedy) 105.

Hals.

Geschwülste des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Hauptbronchien (v. Bruns) 508.
— des Kehlkopfes behandelt mit Seleniol (Hope) 684.

Geschwülste des Kehlkopfes, kleinste, ihre Behandlung (Krüger) 68.
—, gutartige, der Schilddrüse (Marine) 429.
— metastatische, der Schilddrüse (A. Meyer) 348.
Geschwulstmetastasen in der Schilddrüse, Auftreten thyreotoxischer Symptome bei (Mori) 31.
Geschwülste der Trachea, direkte Tracheoskopie (Le Jeune) 684.

Brust.

Geschwülste des Herzens, Fall von (Horneffer u. Gautier) 184.
— der Lungen (Fraenkel) 689.
— der Lungen, diagnostiziert durch die obere Bronchoskopie (Johnston) 689.
— der Mamma mit besonderer Beziehung zum Carcinom (Primrose) 33.
— der Mamma, Fall von sechsmal in 30 Jahren rezidivierender (Greig) 183.

Bauch.

Geschwülste der Appendix (Znojemsky) 366.
—Bildung, circumscripte, durch abdominale Fettnekrose und subcutane Fettspaltung (Küttner) 36.
— des Bauches, entzündliche (Mieczkowski) 648.
— des Bauches, Kenntnis der, im Kindesalter (Lorenzini) 359.
—, cystische, der Bauchdecken (Wollin) 811.
— der Blase bei Arbeitern in Anilinfabriken (Lewin) 658.
—, epitheliale, der Blase (Ferulano) 276.
— der Blase, Exstirpation mit dem Cystoskop (Pillet) 126.
—, fast totale Exstirpation der Harnblase wegen (Nicolich) 381.
— der Blasen, frische Fälle von (O'Neil) 613.
— der Blase durch Farbenindustrie veranlaßt (Leuenberger) 275.
— der Blase, Frühdiagnose (Chute) 613.
— der Blase, behandelt mit hochfrequenten Strömen (Bertolotti u. Ferria) 528; (Harpster) 306.
— der Blase, primäre (Auvray) 477.
— der Blase, skiagraphische Darstellung (Kelly u. Lewis) 767.
—, maligne, der Blase von syncytialem Bau (Blecher u. Martius) 613.
— des Coecums, gutartiger (Chamayon) 272.
— der Gallenblase (Marcora) 465.
— des Mesenteriums (Prutz u. Monnier) 440.
— der Milz mit tödlicher Blutung (Ewald) 191.
—, Milzbrand-, des Coecums (E. Schmidt) 824.
—Immunität, aktive, Beziehungen zur Milz (Apolant) 670.
—, ungewöhnliche, des Musculus biceps (Gibb) 844.
— der Nebennieren (Harttung) 303.
—, maligne, der Nebenniere (Oehlecker) 605.
— der Niere 228; (Harttung) 611; (Saalmann) 404; (Swan) 304.
— der Niere, ungewöhnliche Fälle von (Joly) 610.
— der Nieren, bösartige, klinische Daten über (Braasch) 121.
— der Nierengegend, radiologische Befunde am Dickdarm bei (Luger) 473.
— der Nieren, Symptomatologie der (Barney) 610.
Geschwülste des Nierenbeckens und Ureters (Cumston) 160.
— an und neben der Papilla duodenalis (Binda) 827.
— des S romanum und rectum (Rydygier) 653.
—, Sakrokoccygeal-, große derbe (Arfanis) 533.
— der Urethra (Loumeau) 196.
—, primäre maligne, der Vagina (Virenque) 620.
Geschwür s. a. Ulcus.
— in Dünndarm und Coecum, durch postoperative akute Enteritis (de Rouville u. Roger) 597.
—, Magendarm-, experimentelle Erzeugung (Gundermann) 752.
—, peptisches, (v. Bergmann) 116.
—, peptisches, Resultate der Gastroenterostomie bei (Bourne) 300.
—, varicöses, behandelt mit Radium (Rodriguez) 712.
Geschwürsbildung, wuchernde auf dem Fuß, mykotischer Natur (Brocq, Pautrier u. May) 536.
Gesichtsnerven, Lähmung bei Entwicklungsfehler des Ohres (Sack) 422.
Gesichtsneuralgien, schwere, behandelt durch Alkoholinjektion ins Ganglion gasseri (Alexander u. Unger) 98.
Gesichtsschädel, Fractur des (Körte) 291.
Gesichtsspalte, mediane, eine angeborene Mißbildung der Nase (Morestin) 102.
Gesichtsverfärbung bei Kompression der Bauch- und Brustgegend (Pélissier) 444.
Gewebe, Leben außerhalb des Organismus (Hédon) 3
Gewebsembolien (Kunze) 4.
Gewebskulturen, Untersuchung über Leben und Wachstum mit Hilfe kinematographischer Aufnahmen (Comandon, Levaditi u. Mutermilch) 393.
— in vitro (Dilger) 89; (Lambert u. Hannes) 313.
Gewebsnekrose und arterielle Arrosionsblutung nach Anwendung alter Novocainlösungen zur Infiltrationsanästhesie (v. Gaza) 788.
Gewebszerfall, Wirkung des aseptischen chirurgischen (Heyde u. Vogt) 538.
Gewehrkugeln, Behandlung der Kriegsverletzungen durch (Reclus) 554.
Gewehrschüsse (Coenen) 672, 720; (Colmers) 177, 672, 722; (Delorme) 408, 724; (Depage) 330; (Exner u. Heyrovsky) 243; (Frank) 721; (v. Frisch) 176, 329, 723; (Goldammer) 720; (Kirschner) 720, 722; (Lotsch) 555, 722.
Gipshebelmesser, Hasselmannsches (Bley) 677.
Gipsschiene, Hirtenstab-, nach Art der Schedeschen Armschiene konstruierte (Frank) 58.
Gipsschienenverband für Kopf und Hals (Frank) 57.
—, Kriegschirurgische Improvisation zum (Frank) 57.
Gipstisch, fahrbarer (Bettmann) 791.
Gipsverbände zur Behandlung von Knochenbrüchen (Hackenbruch) 637.
—, ambulante Behandlung von Knochenbrüchen mit Distraktionsklammern und (Hackenbruch) 718.
—, Instrument zum Öffnen (Bley) 677.
—, wasserdichte (Velez) 416.
Glandula carotica, Geschwülste der (Sinjuschin) 802.
— pinealis s. Zirbeldrüse.

Glandula sublingualis s. a. Speicheldrüsen.
— sublingualis, Actinomycose der (Guttmann) 291.
— sublingualis, mumpsartige Erkrankungen der (Hegler) 571.
— submaxillaris s. a. Speicheldrüsen.
— submaxillaris, Aktinomycose der (Guttmann) 291.
— submaxillaris, Echinococcencyste der (Walker) 60.
— submaxillaris, erste Entwicklungsstadien (Moral) 340.
Glaukom, infantiles, angeborene Elephantiasis und (Coronat) 293.
Gleitbruch, Hernie außerhalb des Bruchsackes (Walton) 39.
— des Lig. teres (Villard) 153.
Glieder, künstliche, Suspension und Stützpunkte (Dollinger) 773.
Gliomatose, ependymäre, der Hirnventrikel (Margulis) 566.
Glykogen-Nachweis in Tumoren, Bedeutung des (Rollo) 400.
Glykosurie, hypophysäre, bei Tuberkulose (Claude, Baudouin u. Porak) 643.
—, Pneumaturie und scheinbares Aufhören der, bei blasenkranken Diabetikern (Teschemacher) 658.
Goménol, Behandlung der Cystitiden mit 833.
Gonargin, ein neues Vaccinepräparat (Schumacher) 839.
Gonokokken-Erkrankung, Diagnostik (Fronstein) 781.
—Kulturen, Injektion von, zur Behandlung von Gonorrhöe (Cruvelhier) 383.
Gonokokkenpyämie (Tudehope) 203.
Gonokokkenvaccine Menzer, Wirkung bei Gonorrhöe (Erlacher) 164.
Gonorrhöe, Behandlung mit erhitzten Bougies (Harrison u. Houghton) 277.
— als Ursache der Cystitis colli proliferans (Gorodistsch) 195.
—Behandlung mit Diathermie (Santos fils.) 478.
— behandelt mit Injektionen von Gonokokkenkultur (Cruvelhier) 383.
—, isolierte primäre, eines akzessorischen Ganges am Penis (Lenartowicz) 276.
Gonorrhoische Arthritis (Dardel) 235.
— Arthritis, Antimeningokokkenserum bei (Compan) 482.
— Arthritis, Arthigonbehandlung der (Farkas) 236; (Tedesko) 621.
— Cystitis (Castorina) 833.
— Erkrankung von akzessorischen Gängen am Penis (Hübner) 661.
— Infektion der Nieren (Townsend u. Valentine) 228.
Goubaus, Methode zum Nachweis von Nucleohiston in Geschwülsten (de Veylder) 325.
Granuloma inguinale tropicum, Fälle von (Grindon) 783.
— pedunculatum, Fall von (Ferrarini) 323.
— venereum, Ursache (Martini) 547.
Granulom, malignes, Ätiologie (de Negri u. Mieremet) 495.
—, vom rechten Schilddrüsenlappen ausgehendes (O. Meyer) 31.
Grawitzsche Hypernephrome 228.
Gréhants Anaestheticum, Wirkung auf die totale Harnsekretion (MacNider) 638.
Großhirn s. a. Gehirn.
Großhirn-Abscesse, otogene, Pathologie und Klinik der (Haymann) 100.
—, pathologisch-anatomische Veränderungen bei Cysticerken des (Margulis) 565.
—Schußverletzung (Lauenstein) 251.
Guillain-Parentssche Methode zur Eiweißuntersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit (Bisgaard) 255.
Guleke, Förstersche Operation modifiziert nach (Sauvé u. Tinel) 344.
Gumma, Operation bei Gehirn- (Nonne) 336.
Gummöse Zerstörungen in der Glandula thyreoidea (Pujol) 577.
Gymnastik, orthopädische (Schultheß) 233.
Gynäkologie, Appendicitis in der 42.
—, Differential-diagnostische Schwierigkeiten in der (Sippel) 197.
—, Röntgentherapie in der (Fränkel) 178; (Kirstein) 531; (Köhler) 178.
—, Strahlentherapie in der (Krönig u. Gauß) 384.
Gynäkologische Eingriffe, akute Tuberkulose nach (Prochownick) 93.

Haar-Ballen im Magen, Operation (Storey) 188.
Hämangioendotheliom des Schläfenbeins (Jack u. Faunce) 249.
Hämangiom, Lymphangiom der Bindehaut des Augapfels unter dem Bilde eines (Erb) 213.
Hämatologische Untersuchungen über Epilepsie (Gorrieri) 792.
Hämatom der linken Orbita, behandelt durch modifizierten Krönlein (Cotterill u. Mackay) 338.
—, perirenales, nach Scharlach (Hering) 46.
—, subdurales, 2 Fälle von (Bychowski) 251.
Hämatomyelia (Wimmer) 645.
— traumatica, Beitrag zur Lehre (Bernhardt) 215.
Hämaturie bei Anilinfarbstoffarbeitern (Leuenberger) 275.
—, Decapsulation, Nephrectomie (Furniss) 160.
— bei Nephrolithiasis (Ollerenshaw) 125.
—, einseitige Nierenblutung mit Beziehung zur sog. essentiellen (Kretschmer) 124.
—, renale, aufhörend nach Decapsulation (Furniss) 161.
—, renale bei Nierengeschwülsten (Cumston) 160.
—, renale, verschwunden nach Ureterenkatheterismus (Furniss) 160.
Hämoglobinurie s. a. Hämophylie.
— behandelt mit Antidiphtherieserum (Marie u. Rouèche) 657.
—, Injektionen von Diphtherieheilserum bei (Marie u. Rouèche) 281.
Hämolytische Proben, Kellingsche, bei malignen Tumoren (Brüggemann) 239.
Hämophilie, mit menschlichem Blutserum behandelt (Traver) 90.
—, familiäre, 2 Fälle (Mery, Salin u. Wilberts) 663.
—, behandelt durch Rhodalzid (Franke) 169.
Hämorrhagie s. a. Hämophylie.
Hämorrhagische Diathesen, normales menschliches Blutserum bei der Behandlung von (Welch) 281.

Hämorrhagische Splenitis, akute, mit Spontanruptur (Martyn) 158.
— Zustände, behandelt mit Seruminjektion (Gismondi) 541.
Hämorrhoidal-Knoten, extraanale, unblutige Behandlungsmethode der (Maybaumm) 826.
—Operationen, neues Instrument für (Rokitzki) 247.
Hämorrhoiden, Injektionsbehandlung (Humphreys) 759.
— und Varicen (Joanin) 464.
—, Whiteheadsche Operation der (Hadda) 600; (Noland) 463.
Hände, Chlormetakresol zur Schnelldesinfektion der (Kondring) 414.
—Desinfektion (Aperlo) 414; (Schaeffer) 331; (Sorel) 725.
—Desinfektion mit Bolus alba (Günther) 641.
—Desinfektion mit Bolus-Seife nach Liermann (Kutscher) 641.
—Desinfektion und Handschuhverletzungen (Ahlfeld) 246.
—Desinfektion mittels Jodtinktur (de Andres) 246.
Härtelsche Injektionsbehandlung des Ganglion Gasseri bei der Trigeminusneuralgie (Simons) 563.
Hals-Abscesse mit Ausgang vom Ohr (De Carli) 67.
—, branchiogene Krankheitszustände des (Delrez) 216.
—Cyste, angiogene (Sokoloff) 256.
—Drüsen, erkrankte, Streptothrix in (Burnet) 669.
—Fisteln und -Cysten (Wenglowski) 294.
—Fistel, angeborene, Hyomandibularfistel, neue Form der (Küttner) 427.
—Fistel, mediane, Fall von (Bunde) 575.
—Lymphdrüsen-Tuberkulose, Beziehung zu Tonsillen und Lunge (Trautmann) 802.
—Operation, plastische, bei Narbencontractur des (Morelle) 801.
—Rippen (Streißler) 28.
—Rippe, Arterienläsion in Fällen von (Todd) 67.
—Rippen, Atrophie der Handmuskeln bedingt durch (Weber) 216.
—Rippe, beiderseitige, mit einseitiger Atrophie der Handmuskeln (Weber) 575.
—Rippen, Technik der Exstirpation von (Bankart) 801; (McKenna) 682.
—Rippe, vorgetäuscht durch die erste Rippe (Sawicki u. Sklodowski) 646.
—Sympathicus, maligner Sympathoblastentumor des (Martius) 801.
—Wirbel, 5., Beugungsluxation des (Sudeck) 507.
—Wirbelsäule, Fibrosarkom der, geheilt durch Operation (Kennedy) 105.
—Wirbelsäule, Sarkom der (Jourdan u. Economos) 341.
Hallux varus, Fall von (Hollensen) 488.
Hammerzehe, Behandlung der (Chlumsky) 488.
Hand, Angiolipom der, nach Autoplastik (Tourneux) 711.
—Gelenk, tuberkulöse Arthritis des (Lozano) 710.
—Gelenksbrüche, neue Methode zur Bestimmung der Prognose von (Skinner) 311.
—Gelenksbrüche, Prognose der (Skinner) 487.
—Gelenkdeformität nach Madelung (Trillmich) 85; (Springer) 710.
Handgelenk, Ganglien des, behandelt mit Jodtinktureinspritzungen (Pakowski) 627.
—Gelenksverletzungen (Wallace) 626.
—Luxationen (Mosti) 663.
—Muskeln, durch Halsrippen bedingte Atrophie der (Weber) 216, 575.
—Rückenfibrom (Ducastaing) 627.
Handschuh, Bolus alba im (Burmeister) 144.
—Saft (Schaeffer) 331.
—Verletzungen und Händedesinfektion (Ahlfeld) 246.
Hanots hypertrophische Lebercirrhose, vorgetäuscht durch primäres Leberadenom (Gordinier u. Sawyer) 273.
Harn-Blase s. Blase.
—Eiterungen s. a. Pyelitis.
—Eiterungen, Untersuchungen durch Bacterium coli (Cohn u. Reiter) 525.
—Inkontinenz bei Kindern (Simpson) 229.
—Inkontinenz, hartnäckige, geheilt durch Operationsmethode wie bei schwereren Blasenscheidenfisteln (Wolkowitsch) 198.
—Leiter s. Ureter.
—Organe, Röntgenverfahren bei Erkrankungen der (Immelmann) 607.
—Organe, Bedeutung der Untersuchung der, bei Uteruscarcinom (Violet u. Murard) 839.
—Röhre s. Urethra.
—Säuresteine im Röntgenbild (Immelmann) 607.
—Sekretion, Wirkung von Gréhants Anästhetikum und von Morphinäther auf die (MacNider) 638.
—Steine (Ehrich) 229.
—Wege, graphische Darstellung der ableitenden, mittels Kollargol - Röntgenaufnahme (Schramm) 524.
—Wege, Röntgenaufnahme von Konkrementen der (Lomon) 470.
Hartsche Lehre von der mechanischen Disposition der Lungen zur tuberkulösen Phthise (W. H. Schultze) 581.
Hasenscharten, Behandlung der (Kredel) 250.
— mit kompletter Kieferspalte (Neumann) 505.
Hasselbachs Bogenlichtbad (Reyn) 333.
Hasselmannsches Gipshebelmesser (Bley) 677.
Hauptbronchien, Neubildungen der (v. Bruns) 508.
Haut-Cancroide, multiple primäre, beim Kinde (Hutchinson) 553.
—Carcinom, Radium- und Mesothoriumbehandlung bei (Saalfeld) 97.
—Carcinome, Röntgenbehandlung von (MacKee u. Remer) 786.
—Chondrom, ossifizierendes (Strassberg) 551.
—Desinfektion (Ozaki) 143.
—Desinfektion mit Jodtinktur (Gaetano) 414; (Puccinelli) 789; (Roberts) 725.
—Desinfektion nach operativen Eingriffen (Delmas) 143.
—Emphysem nach Insufflationsnarkose (Luke) 410.
—Epitheliome, Röntgenbehandlung (Scaduto) 551.
—Krankheiten, Finsenbehandlung bei (Reyn) 333.
—Krankheiten, Radium- und Mesothoriumbehandlung bei (Saalfeld) 97.
—Lappen, gestielte, Transplantation von Rippenknorpeln in (Davis) 714.

Haut-Metastasen im Anschluß an Carcinom innerer Organe, klinische und histologische Beobachtungen bei (Kaufmann-Wolf) 402.
—Nocardosen oder Oosporosen (Gougerot) 204.
—Plastik zur Rekonstitution der Harnröhre (Michon) 307.
—Plastiken, Transplantation konservierter Amnionmembranen an Stelle von (Stern) 778.
—, Sterilisation von (Clarke) 790.
—, Streptococcenerkrankungen der (Sabouraud) 667.
—Transplantation, neue Methode (Calot) 396.
—Transplantationsmethode bei Operation des Brustkrebses (Halsted) 297.
—Transplantation, Prinzipien der Technik (Hertzler) 396.
—Tuberkulose s. Lupus (König) 623.
—Verpflanzung s. Transplantation.
Hedonal-Narkose (Moore) 410.
—, intravenöse (Grunert) 15; (Keppler u. Breslauer) 16; (Petroff) 556.
Hefe, Wachstum einer pathogenen, im Tierkörper (Loeb, Moore u. Fleisher) 54.
—, Vorkommen in menschlichen Tumoren (Loeb, Moore u. Fleisher) 54.
Heftpflasterextension in Semiflexion des Kniegelenks (Steinmann) 48.
Heißluftbehandlung, heutiger Stand der (Roziés u. Arrivat) 316.
Heitz-Boyer-Cuneo, Modifikation des Vorgehens von, zur Heilung der Blasenektopie (Lastaria) 707.
Heitz-Boyer und Hovolacquesche Methode zur Heilung von Blasenektopie (Gosset) 473.
Hektin. Syphilom, behandelt mit Salvarsan und (Bensaude u. Emery) 350.
Heliotherapie (Estor) 417; (Leriche) 247.
— bei Drüsentuberkulose (Jaugeas) 399.
— bei nichttuberkulösen Affektionen (Aimes) 500.
— an der See (Wettendorff) 562.
— zur Tuberkulosebehandlung (Wilms) 624.
—der äußeren Tuberkulose, Praxis der (Rollier) 319.
— bei tuberkulöser Arthritis (Jaubert) 791.
— bei Knochen- und Gelenk-Tuberkulose (de Quervain) 624; (Garrè) 622; (Koenig) 623; (Vulpius) 550.
— bei tuberkulöser Peritonitis (d'Oelsnitz) 38.
— bei chirurgischer Tuberkulose (Armand-Delille) 238.
— bei Tuberkulose im Kindesalter (Leriche) 791; (Revillet) 8.
Hemianästhesie mit Herdläsionen im Vorderteile der Sehhügel, anatomische Untersuchung (Beriel) 211.
Hemispasmus facialis, behandelt mit örtlichen Einspritzungen (Sicard u. Leblanc) 642.
Hemispora, Fall von (Balzer u. Belloir) 400.
Henkelkorb-Operation bei Wanderniere (Henschen) 612.
Hepaticus und Choledochus, Knickung an der Vereinigungsstelle nach Cholecystostomie (Stetten) 373.
—Drainage, transduodenale (Hörz) 120.
—Drainage, transjejunale (Nordmann) 702.
Hepatogastrisches Ligament, Rißverletzung des (Moschcowitz) 264.
Herdsymptom, ein cerebrales, Nystagmus retractorius (Elschnig) 60.
Hermaphroditismus, Pseudo-, Fall von (Oliver) 661.
Hernia, Hernie.
— (Schloffer) 73.
—, Adnex-, Beitrag zum Studium der (Heineck) 73.
—, Beziehungen zu Arbeitsunfällen (Reclus) 153.
— durch den Beckenboden (Montgomery) 186.
—, Behandlung der (Garmo) 692; (Witzel) 447.
—, bilokulare (Schrager) 812.
— der Blase, Studium der (Putzu) 451.
— außerhalb des Bruchsacks, Gleitbruch (Walton) 39.
—, Coecum-Dünndarm-Volvulus in eingeklemmter (Syring) 113.
— Cooperi (Krymow) 447.
— cruralis, Darmresektion bei eingeklemmter (Federici) 813.
— cruralis, Ergebnisse operativ-behandelter (Ingebrigtsen) 448.
— cruralis, vorgetäuscht durch eine varicöse Erweiterung der Vena saphena (Marchetti) 845.
— diaphragmatica (Vogel) 264.
— diaphragmatica, Fall von eingeklemmter (Gurewitsch) 451.
— diaphragmatica bei Phthisikern (Melchior) 749.
— diaphragmatica oder einseitiger Zwerchfellhochstand (Reuss) 690.
—, eingeklemmte, der Adnexe (Matthey) 452.
—, eingeklemmte, Operation unter Lokalanästhesie (Hind) 362.
—, eingeklemmte properitoneale, nach Laparotomie (Clément) 516.
—, eingeklemmte, beim Säugling (Etienne u. Aimes) 693.
—, eingeklemmte, im frühen Kindesalter (Collins) 451.
—Einklemmung (Goldstein) 516.
— epigastrica (Thiriar) 812.
— epigastrica, Pathogenese der (Villard) 153.
— epigastrica, gleichzeitiges Vorkommen bei Magengeschwür und Magenkrebs (Kirmisson) 187.
— inguinalis (Fowler) 153.
— inguinalis, linksseitige, mit Einstülpung in das Cavum vaginale (Guimbellot u. Bloch) 589.
— inguinalis, des Coecums und der Appendix (Fowler) 153.
— inguinalis, doppelte (Cassanello) 222.
— inguinalis, doppelte umfangreiche (Kirmisson) 186.
— inguinalis, eingeklemmte, Ectropia testis perinealis mit (Français) 82.
— inguinalis, 2 Fälle von (Lamèries) 362.
— inguinalis, Herniologie der (Ehler) 448.
— inguinalis, seltene Kasuistik (Tscherepnin) 749.
— inguinalis, seltene Komplikation nach der Herniotomie einer eingeklemmten (Finsterer) 222.
— inguinalis, direkte, plastisch-aponeurotische Methode zur Heilung der (Santini) 692.
— inguinalis, Ergebnisse operativ-behandelter (Ingebrigtsen) 448.

Hernie, Kasuistik (Bernstein) 448.
— labialis posterior, Fall von (Peus) 812.
—, Nabel- und Bauch-, klinischer Beitrag zur Radikaloperation der (Trazzi) 114.
—Operation, Lokalanästhesie bei (Guedea) 265.
—, Verhütung von, nach Laparotomien (Waljaschko u. Lebedjew) 222.
— pectinea (Harzbecker) 589.
— pectinea, anatomische Untersuchungen über die Entstehung der (Mantelli) 221.
— permagna, Behandlung der (Witzel) 447.
— properisoneale, eingeklemmte, nach Labarotomie (Clémens) 516.
— subtransversalis (Peus) 812.
— supravesicalis externa (v. Steimker) 152.
— umbilicalis s. Nabelbrüche u. Nabelschnurbruch.
— ventralis, Fall von Einklemmung in einer (Gange) 113.
— ventralis lateralis (v. Steimker) 152; (Carsolari) 692.
— ventralis, klinischer Beitrag zur Radikaloperation der (Trazzi) 114.
— vesicae s. Blasenhernie.
Herniologie des Leistenbruchs (Ehler) 448.
Herniologisches (Föderl) 589.
Herniotomie oder Bruchband (Chlumsky) 361.
— einer eingeklemmten Leistenhernie, seltene Komplikation nach (Finsterer) 222.
Hertzsche Schwingungen und trophoneurotische Störungen (Patourel) 483.
Herzbeutel s. Pericard.
Herz-Chirurgie (Lucas) 151; (Rehn) 219; (Schmidt) 748.
—Chirurgie, Demonstrationen zur (Jeger) 713.
—Klappenchirurgie (Schepelmann) 647.
—Massage (Kümmell) 558; (Wendel) 558; (Wrede) 557.
—Muskel, metastatische Carcinomatose des (Wagner) 262.
—Muskel, Neubildung des Granulationsgewebes im (Anitschkow) 437.
—Naht (Kostlivy) 438.
—Ruptur, spontane, bei einem Katatoniker (Enge) 220.
—, Stichverletzungen des (Boehm) 438; (Mitchell) 262.
—, Fall von Tumor des (Horneffer u. Gautier) 184.
—Vergrößerung bei experimentellen Trachealstenosen (Ströbel) 576.
—Verletzung, Brustschuß mit (Morestin) 350.
Higmorshöhle s. a. Kieferhöhle.
—, Endotheliom der (Caminiti) 569.
—, Zahnwurzelresektion bei akutem Empyem dentalen Ursprungs zur Eröffnung derselben (v. Bleiweis) 339.
Hinken, intermittierendes, infolge von Thromboangeitis (Weber) 133.
Hinrichtung durch den Strang, ideale Verletzung bei (Wood-Jones) 66.
Hirn s. Gehirn.
Hirschsprungsche Krankheit s. a. Megakolon.
— Krankheit (Carr) 701; (Mauclaire) 825; (Navarro) 700; (Schmieen) 700; (v. Torday) 42.
— Krankheit, Entstehung und Verhütung (O. Meyer) 370.
Hirschsprungsche Krankheit, behandelt durch Kolektomie (Grégoire u. Duval) 369.
— Krankheit, Resektion nach kombinierter abdominal-perinealer Methode (Pauchet) 120.
Hirtenstab-Gipsschiene nach Art der Schedeschen Armschiene konstruiert (Frank) 58.
Hochdruckmassage, künstliche Zirkulation durch (Kuhn) 561.
Hochfrequenz in der Chirurgie, neue Anwendungsweise (Carl) 727.
—Kauterisation bei Behandlung von Blasenpapillomen (Binney) 833.
—Ströme s. a. Oudinsche Behandlung.
—Ströme, Operation im Blaseninnern mit Hilfe von (Bucky u. Frank) 381.
—Ströme, Behandlung der Blasentumoren mit (Bertolotti u. Ferria) 528; (Harpster) 306.
—Ströme, Wirkung der Kondensatorelektrode von Oudin (d'Almeida) 97.
Hochspannungsstrom, Blasenkrebs kontrolliert mittels (Keyes) 195.
Hockey, Verletzungen beim (Bernhard) 497.
Hoden-Bestrahlung, Einfluß auf die Prostata (Zindel) 615.
—, Drehung des (Soschtschin) 708.
—Dystopie (Gurdus) 478.
—Ektopie s. Ectopia testis.
—, Endotheliom eines retinierten, bei männlichen Pseudohermaphroditen (Wilson) 708.
—Entzündung s. Orchitis.
—, histologische Läsionen des, nach Samenstrangverletzungen (Herrmann) 128.
—Leisten (Gurdus) 478.
—, Leisten-, Torsion des Samenstrangs eines ektopischen (Tasca) 836.
—Erkrankung, maligne, Radikaloperation bei (Pringle) 46.
—Torsionsileus bei retiniertem (Gurdus) 478.
—Tuberkulose s. Tuberkulose der Hoden.
—Verletzungen (Herrmann) 128.
Hodgkinsche Krankheit (Morgan) 322.
— Krankheit, Beziehung zur Tuberkulose (Much) 203.
Hohlvene s. Cava superior und inferior.
Hohlhandbogen, Aneurysma des oberflächlichen (Rastouil) 627.
—, oberflächlicher, Aneurysma des, als Berufsleiden (Regnault u. Bourrut-Lacouture) 533.
Holz-Phlegmone, behandelt mit Antistreptococcenserum Aronson (Thedinga) 318.
—Phlegmone der Bauchwand (Grant) 811.
—Strumitis, follikuläre Tuberkulose der Schilddrüse in Gestalt der (Fixier u. Savy) 805.
Hormonal-Therapie (Schricker) 356.
—Therapie, experimenteller Beitrag (Güsbeck u. Orth) 748.
—, Untersuchungen über (Dittler u. Mohr) 220.
—, Beiträge zur Kenntnis der Wirkung des (Sackur) 445.
Hornhaut, Lipodermoide auf, mit intrabulbären und anderen Anomalien (Stoll) 213.
—Naht bei Staroperation (Liégard) 337.
Hovelacque, Modifikation des Vorgehens von, zur Heilung der Blasenektopie (Lastaria) 707.
Hüftbein, Perkussion bei der Appendicitis 189.
Hüfte, schnappende (Horand u. Coudray) 485.

Hüftgelenk, Arthrodese des (Vulpius) 629.
—, alte Dislokation des, behandelt mit offener Operation (Gibson) 135.
—Entzündung s. Coxitis.
—Erkrankung (Elmslie) 630.
—Erkrankungen. Diagnose und Therapie (Haudek) 630.
—Luxationen, angeborene, (Chlumsky) 390; (Galeazzi) 134; (Künne) 311; (Lance) 533; (Morestin) 198; (Planten) 846; (Savariaud) 390.
—Luxation, doppelseitige angeborene (Kirmisson) 711.
—Luxation, Endresultate nach (Roux) 390.
—Luxation, angeborene, fötale Entwicklungsstörungen am Becken und an der Wirbelsäule als Ursache von (Falk) 740.
—Luxation, Erblichkeit der angeborenen (Hayashi u. Matsuoka) 774.
—Luxation, angeborene Mißbildungen kombiniert mit (Hayashi u. Matsuoka) 846.
—, Osteome vor dem (Lejars) 279.
—Verrenkung s. Hüftgelenksluxation.
Hufeisen-Niere, Chirurgie der (Mayo) 829.
—Nieren, Pyelographie zur Diagnose der (Immelmann) 607.
Humerus, Abrißfractur des Tuberculum majus (v. Erps) 709.
—, syphilitische Elefanthiasis am (Balzer u. Belloir) 483.
—, Fractur des Collum chirurgicum, mit Luxation des Kopfes nach vorn (Hurtado) 387.
—, Sporotrichose des (Mauclaire) 284.
—, frühzeitige Operation bei suprakondylärer Fractur des (Broca) 483.
—, suprakondyläre Fractur des, mit nachfolgender Exostosenbildung (Süssenguth) 310.
—Fractur, komplizierte suprakondyläre, geheilt durch Vernagelung (Brau-Tapie) 387.
Hunger-Gefühl, Beziehung zur Kontraktion des leeren Magens (Carlson) 516.
—Schmerz bei Duodenalgeschwür (Kreuzfuchs) 594.
Hutinels, osteo-muskuläre Dystrophie mit Zwergwuchs (Tixier u. Röderer) 317.
Hutnadel im Duodenum (Batavyal) 757.
Hydrarthrose, periodisch intermittierende (Chiray u. Michelowsky) 86.
Hydrastinin-Bayer, synthetisches (Walther) 492.
Hydrencephalocele occipitalis, angeborene, Kleinhirnexstirpation bei einem Fall von (Mees) 147.
Hydrocele bei Kindern, 6 Fälle von (Nicoll) 230.
Hydrocelenpunktion, übler Zufall nach (Ralló) 478.
Hydrocephalus, chronischer interner (Rae) 419.
— idiopathicus unter der Maske des Weberschen Symptomenkomplexes (Couto) 22.
Hydronephrose, Diagnose von Blutungen in einer (Marchais) 472.
—, beginnende, Diagnose und Operationsindikation (Cabot) 764.
—, Nephrektomie wegen (Malcolm) 609.
—, partielle Entfernung der halben Niere wegen (Malcolm) 609.
—, plastische Operationen an der Niere und am oberen Ureterabschnitt bei (Eliot) 471.
Hydronephrose, Spätdiagnose durch physikalisch-chemische Untersuchung (Mosny, Javal u. Dumont) 305.
Hydronephrosensäcke, Einfluß der Unterbindung der Nierenvene auf (Formiggini) 378.
Hydrops der Gallenblase (Eccles) 521.
Hydrothorax, Blutzirkulation in der Lunge bei (Binet, Desbouis u. Langlois) 434.
Hyomandibular-Fistel, neue Form der angeborenen Halsfistel (Küttner) 427.
Hyoscinmorphium-Anästhesie bei Alkoholinjektionen wegen Neuralgie (Harris) 564.
Hyperacidität, Kolitis verbunden mit (Lara) 225.
Hyperästhesien bei Nephrolithiasis (Porges) 592.
— bei Pyelitis (Porges) 592.
— bei Ulcus ventriculi (Porges) 592.
Hypernephrome s. a. Geschwülste der Niere.
—, Grawitzsche 228.
— der Niere (Harttung) 611.
—, Fall von Morbus Recklinghausen mit (Saalmann) 404.
Hyperostose, diffuse, des Nasenskeletts (Jacques) 569.
—, hereditär-syphilitische, an den langen Knochen (Levy-Bing u. Duroeux) 482.
Hypertrophie des rechten Beines, angeborene (Tridon) 484.
—, halbseitige angeborene, des Gesichts lymphangiomatösen Ursprungs (Rocher) 98.
— der Prostata, frühzeitige Prostatektomie oder konservative Behandlung (Guépin) 769.
—, angeborene, der 1. und 2. Zehe (Rendu u. Loaec) 536.
Hypopharyngoskopie, Studie über (Moreaux) 801.
Hypophysäre Glykosurie bei Tuberkulose (Claude, Baudouin u. Porak) 643.
Hypophyse s. a. Akromegalie.
Hypophysen-Chirurgie, gegenwärtiger Stand der (Lenormant) 796.
—Entfernung, Folgen der experimentellen (Sweet u. Allen) 795.
—, Kasuistik der Erkrankung der (Gliński) 102.
—, Rolle der, im Kohlehydratstoffwechsel (Weed) 293.
—, menschliche, Entstehung des Pigments im Hinterlappen der (Jonnesco) 212.
—, funktionelle Störung beider Lappen der (Cushing) 794.
—, isolierte wirksame Substanzen der (Fühner) 567.
—, Tumor der (Davis) 213.
—Tumor und Akromegalie (Massini) 212.
Hypophysektomie (Lenormant) 796.
Hypophysengang-Tumor, Gaswechseluntersuchungen bei (Bernstein) 501.
Hypophysengrube, Cyste in der (Graham) 501.
Hypophysin und Adrenalin-Kombination, klinische Verwendbarkeit (Houssay) 667.
Hypophysis, Angriff der, durch die vordere Schädelgrube (Frazier) 252.
— und Diabetes insipidus (Simmonds) 252.
—Erkrankung (v. Bonin) 101.
Hypospadie, Behandlung der (Lothrop) 127.
— und Epispadie (Stettiner) 127.
—, Heilung der (Marion) 277.
—, neue Operation (Edmunds) 770.

Hyposphyktische Zustände behandelt mit subcutanen Sauerstoffinjektionen (Martinet u. Heckel) 634.
Hypothyreoidie, benigne chronische (Buschan) 346.
Hypothyreoidismus (Saenger) 646.
Hysterie unter dem Bilde einer chronischen synovialen Arthritis (de Lucchi) 166.

Jaboulayscher Knopf bei Gastroenterostomie (Rivière) 187.
Jaboulays Methode, chirurgische Eingriffe am Sympathicus bei Basedowerkrankung nach (Chalier) 430.
Jacksonsche Epilepsie (Howell) 565; (Julliard) 678.
Jacksons Membran, Verwandtschaft mit den fötalen peritonealen Falten von Jonnesco, Treves und Reid (Eastman) 823.
Jejunum, phlegmonöse Enteritis im Anfangsteil des (Frising u. Sjövall) 268.
—Kolonfistel nach Gastroenterostomie (Pólya) 269.
—, primärer Krebs des (Carlson) 698.
—, Ulcus pepticum des (v. Haberer) 696.
Jianu-Roepkesche Plastik bei Gastrostomie und Oesophagoplastik (W. Meyer) 458.
Ikterogenvergiftung, Gallencapillaren bei (Ogata) 520.
Ikterus, chronischer, bei Peritonealtuberkulose (Mouisset u. Gaté) 812.
—, Pathogenese des (Ogata) 520.
—, akute generalisierte Peritonitis appendicitischen Ursprungs kompliziert mit (Roussiel) 361.
—, septischer, Fall von (Ogata) 78.
Ileocöcalklappe, Ileus durch Gallenstein angehalten an der (Dufour, Desmarest u. Legras) 811.
—, Krebs der (Carnot u. Dumont) 188.
Ileokolostomie bei Riesenmucocele der Appendix (W. Meyer) 271.
— bei Arthritis, Zulässigkeit der (Daniel) 356
Ileosigmoidostomie bei Dickdarmstase (Bonifield) 759.
Ileum s. Dünndarm.
Ileus (McConnell) 649.
—, Appendicostomie zur Behandlung des, an Stelle von Kolostomie (Spencer) 190.
—, arteriomesenterialer (Bollag) 586.
— durch Ascariden (Ruland) 515.
— durch Darmstrangulation (Polacco und Neumann) 810.
—, Einfluß der toxischen Drüsensekretion auf (de Gaulejac) 443.
— durch arteriomesenterialen Duodenalverschluß (v. Haberer) 40.
— nach Entbindung bei plattem bzw. rachitisch plattem Becken (Rieck) 112.
—, experimenteller, toxische Substanz bei (Whipple, Stone u. Bernheim) 819.
— durch Gallensteine (Micheleau) 191; (Möller) 691.
— durch Gallensteine an der Ileocoecalklappe (Dufour, Desmaret u. Legras) 811.
—, akuter, nach Kaiserschnitt (Banister) 360.
—, tiefsitzender, Instrument zur Herstellung einer Kotfistel bei (Lusk) 56.
Ileus infolge eines Meckelschen Divertikels (Bien) 811; (Eustace) 76; (Frischberg) 264; (Muggia) 596; (Wellington) 117.
— bei Nierenkolik (Quénu) 470.
—, Verhalten des Pankreas beim (Santini) 45.
—, peritonitischer, Drainage des Verdauungskanals zur Behandlung des (Dupont) 446.
—, klinische Studie (McGlannan) 810.
— durch tuberkulöse Peritonitis (Kirmisson) 186.
— verminosus (Rybak) 264.
—, akuter, infolge Volvulus des Coecums (Wrigley u. Moritz) 190.
Immunisierung gegen Staphylococcus pyogenes auf intestinalem Weg (Courmont u. Rochaix) 318.
Immunität und Anaphylaxie (Belin) 667.
— und Infektion (G. P. Mueller) 234.
Impfgeschwüre, lokale Anwendung von Antistreptokokkenserum bei (Sexton) 546.
Impftuberkulose, Einfluß von Kupfer auf (Corper, de Witt u. Wells) 716.
Implantation von Elfenbein (König) 715.
Incarcerierte Hernien s. unter Hernien, eingeklemmte.
Incontinentia urinae, geheilt durch Operation be Blasenscheidenfisteln (Wolkowitsch) 198.
Indigocarmin, 200 Chromoureteroskopien mit, als Nierenfunktionsprüfung (Thomas) 193.
Indigocarminprobe, s. a. Blutkryoskopie und Kryoskopie.
— s. a. Phenolsulfophthaleinprobe.
— bei Nephrolithiasis (v. Illyés) 377.
Induratio penis plastica (Zur Verth u. Scheele) 530.
Infektiöse Erkrankungen, Nutzen der Blutkultur bei (Cohen) 543.
Infektion der Brusthöhle (Burckhardt) 746.
—Erreger, filtrierbare, und maligne Tumoren (Lipschütz) 552.
— und Immunität (G. P. Mueller) 234.
— des Kniegelenkes (Shoemaker) 711.
— im Kriege (v. Oettingen) 719.
—, akute chirurgische, Behandlung mit rhythmischer Stauung (Thies) 668.
—, verschiedenartige Wege der (Bond) 634.
Infiltrationsanästhesie bei Amputationen (Krüger) 789.
—, Warnung vor Anwendung alter Novocainlösung zur (v. Gaza) 788.
Infusion, gleichmäßige intravenöse, einfacher Apparat zur Erzielung einer (Rohde) 56.
Inguinalhernie s. Hernia inguinalis.
Injektionen von Blut bei Pseudarthrosen (Lyle) 242.
—Behandlung, Härtelsche, des Ganglion Gasseri bei der Quintusneuralgie (Simons) 563.
—, intravenöse, Stauungsbinde für (Swan) 145.
— von Seewasser in chirurgischen Fällen (Park) 715.
—Methoden bei Trigeminusneuralgie (Alexander) 791.
Innere Sekretion, gleichzeitige Erkrankung mehrerer Organe mit (Levi) 543.
Innervation des M. tensor veli palatini und Tensor tympani (Edgeworth) 681.
Insolation, Behandlung der Kindertuberkulose durch (Revillet) 8; s. auch Heliotherapie.

Instrumente, chirurgische, Aufbewahrung in den Tropen (Ganon) 416.
— zur Erleichterung der Gefäßnaht (Jeger) 20.
— zur Anlegung einer Kotfistel (Lusk) 56.
— zum Öffnen der festen Verbände (Bley) 677.
Insufflation (Grunert) 15.
—, intrabronchiale, von Pneumokokken, Reaktion der Lunge auf (Wollstein u. Meltzer) 746.
—, intratracheale (d'Avac) 289; (Cotton u. Boothby) 17.
—, Meltzersche Thoraxwandresektion mit (Nordmann) 287.
—Narkose mit Äther (Robinson) 638.
—Narkose mit Äther, Bauchoperation unter (Giffard u. Fraser) 557.
—Narkose, Apparat zur (Rogers) 247; (Salzer) 677.
—Narkose, Hautemphysem nach (Luke) 410.
—Narkose, intrapharyngeale, Technik der (Connell) 676.
Intercricothyreotomie (Tandler) 181.
—, Technik und Verwendbarkeit der (Denker) 68.
Interdentalschiene bei Behandlung von Kieferbrüchen (Frenzel) 644.
Interphalangealgelenke, kongenitale hereditäre Ankylosen der (Morgenstern) 133.
Intrabronchiale Injektionen zur Heilung von Lungengangrän (Guisez) 583.
— Insufflation von Pneumokokken, Reaktion der Lunge auf (Wollstein u. Meltzer) 746.
Intrabulbäre Anomalien, multiple Lipodermoide auf Bindehaut und Hornhaut (Stoll) 213.
Intracranielle Erkrankungen, Augenerscheinungen in ihrer Beziehung zur Diagnose (Semple) 210.
— otitische Komplikationen, Augenhintergrund bei (Ferreri) 564.
Intranasale Operationen zur Korrektion der Deformitäten der Nase (Garrel u. Gignoux) 796.
Intraoculare Fremdkörper, Röntgenographie der (Stover) 148.
Intraperitoneale Lysis der Tuberkelbacillen (Manwaring u. Bronfenbrenner) 810.
— Ölanwendung (Momburg) 587.
— Verkürzung der Ligamenta rotunda (Langes) 129.
Intrapharyngeale Insufflationsnarkose, Technik der (Connell) 676.
Intrathorakale Chirurgie (Lapeyre) 687.
— Struma, Röntgenlicht bei (Crotti) 297.
Intratracheale Injektionen zur Behandlung von Krankheiten der Luftwege (Gueit) 295.
— Insufflation (Cotton u. Boothby) 17.
— Insufflationsnarkose nach Meltzer-Auer (d'Avack) 289.
Intravenöse Äthernarkose (Graef) 246; (Kümmell) 556.
— Hedonalnarkose (Grunert) 15; (Petroff) 556.
— Infusion, Apparat zur Erzielung einer gleichmäßigen (Rohde) 56.
— Narkose (Grunert) 15; (Keppler u. Breslauer) 16.
— Narkosen, Erfahrungen mit (Honan u. Hassler) 410.
— Pantoponnarkose (Keppler u. Breslauer) 16.
— Paraldehydinjektion Anästhesie durch (Noel u. Souttar) 16.
Intravenöser Weg zur allgemeinen Anästhesie (Honan u. Hassler) 410.
Intussusception (Milligan) 264.
—, chronische, als Folge einer überstandenen Appendicitis (Wollin) 36.
— bei Meckelschem Divertikel (Wellington) 117.
Invagination des Darms, retrograde (Catz) 597.
—, 2 Fälle (Guillaume) 185.
—, irreponible, Darmresektion bei (Isaac) 152.
Inversio uteri puerperalis, akute, operative Behandlung (Nyhoff u. Mesdag) 709.
Jochbein, Reposition von Depressionsfrakturen des (Manwaring) 333.
Jod, Einfluß auf das Blutbild (Weil) 560.
—Desinfektion der Mundschleimhaut (Schuster) 641.
— zur Behandlung des Lupus nasi (Bedford) 680.
— zur Behandlung der Sporotrichose (Bremener) 783.
—Therapie kombiniert mit Bierscher Stauung bei Lungentuberkulose (Bier) 625.
—Therapie der Tuberkulose nach Durante, Erfahrungen (Formichella) 549.
—Therapie tuberkulöser Ulcerationen im Kehlkopf und Rachen (Ohnmacht) 575.
—Tinktur (Flath) 491.
—Tinktur zur Desinfektion der Haut mit (Gaetano) 414; (Puccinelli) 789; (Roberts) 725.
—Tinktureinspritzungen zur Behandlung der Ganglien des Handgelenks (Pakowski) 627.
—Tinktur, haltbare, in den Feldsanitätsbehältnissen 289.
—Tinktur, Sterilisation der Hände mittels (de Andres) 246.
—Tinktur, tetrachlorcarbonizierte 560.
—Tinktur zwecks Verwachsung von Dura und Arachnoidea (Dörner) 210.
Jodipin per clysma bei Prostatitis (Fischel) 769.
Jodoform-Applikation, unerwarteter Zustand durch (Scobie) 138.
—Behandlung tuberkulöser Herde (Lance) 173.
—, Einfluß auf das Blutbild (Weil) 560.
Jodverabfolgung, interne, bei Carcinom der Thyreoidea (Marine u. Johnson) 805.
Ionensterilisierung bei chirurgischer Tuberkulose (Massey) 238.
Ionisation, Behandlung mit (Stopford-Taylor u. MacKenna) 333.
Jonnescos, fötale, peritoneale Falten, Verwandtschaft mit Jacksons Membran und Lanes Schleife (Eastman) 823.
Jonnescosche Methode der Spinalanästhesie (Dimitriou u. Saghinesco) 675.
Iridocyclitis acuta und Sinuisitis frontalis acuta (Kellner) 337.
Iridodialysis, symmetrische, beider Augen (Leonoff) 502.
Irrigator, tragbarer, Kombination mit Sterilisator (Leighton) 332.
Ischämische Contractur, operative Behandlung (Horwitz) 621.
— Lähmung nach Volkmann (André-Thomas) 710.
— Muskellähmung, Lehre von der (Kroh) 137.
—, periphere Neuritiden (Duhot, Pierret u. Verhaeghe) 666.

Ischiadicus s. Nervus ischiadicus.
Ischias, Behandlung mit epiduralen Injektionen (Langbein) 199.
Isopral-Äther-Mischnarkose (Grunert) 15.
—Äthernarkosen, intravenöse, Erfahrungen mit (Graef) 246.
—Narkose (Keppler u. Breslauer) 16.

K s. a. C.
Kälte zur Kauterisation (Burnier) 677.
—Therapie (Weil) 59.
Kahnbein s. Os naviculare.
Kaiserschnitt, Fall von akutem Ileus nach (Banister) 360.
—Methoden, neuere (Zoeppritz) 385.
—, Aussicht auf Schwangerschaft nach (v. d. Hoeven) 385.
Kali hypermanganicum zur Behandlung von Ulcera cruris (Solowjew) 776.
Kalk-Ablagerung, multiple, im subcutanen Zellgewebe (Calcinosis) (Weber) 394.
— und Eisengehalt in der carcinomatösen Leber (Robin) 191.
—Stoffwechsel und Rachitis (Dibbelt) 542.
—Wasser, Vorbehandlung des Peritoneums mit (Schepelmann) 38.
—Zuführung bei unstillbaren Blutungen (Blühdorn) 6.
Kaltblüter, Tumorbildung bei (Carl) 552.
—Bacillen, Behandlung der Tuberkulose mit (Dubois) 669.
Kanaloperation wegen Sehstörungen beim Turmschädel (Schloffer) 738.
Kapseln für permanente Blasenfisteln (Wossidlo) 97.
Karbunkel, geheilt durch kolloidales Quecksilber (Stephens) 203.
Kardiolyse, Fall von Mediastinoperikarditis, behandelt mit (Dunn u. Summers) 110.
Kastration, Veränderungen der Nebenniere nach (Kolde) 605.
Kataforese, Lokalanästhesie mittels (Lundgreen, Schéle u. Svedin) 675.
Kataraktoperation, Hornhautnaht bei (Liégard) 337.
Katheterismus der Samenkanälchen (Luys) 837.
Kauterisation durch Kälte (Burnier) 677.
—, submuköse, Larynxtuberkulose, behandelt mit (Pettit) 428.
Kavernenchirurgie, Beitrag zur (Baer) 184.
Kehlkopf s. Larynx.
Keilbein, isolierte Verrenkung des (Karschulin) 136.
—Höhlen, probatorische Eröffnung der (Wertheim) 25.
—Höhle, Röntgenstrahlen als Hilfsmittel der Diagnose bei Erkrankungen der (Pfahler) 253.
Kellingsche hämolytische Proben bei malignen Tumoren (Brüggemann) 239.
Keratoplastik, Beiträge zur (Salzer) 253.
Kiefer s. a. Unterkiefer.
—Brüche s. Fracturen.
—Gelenksankylose vom diagnostischen Gesichtspunkte (Kirmisson) 249.
—Gelenksankylose, doppelseitige (Chateau u. Ponroy) 570.
Kiefer-Höhle s. a. Highmorshöhle.
—Höhle s. a. Oberkieferhöhle.
—Höhlenempyem, Beziehung zu Osteomyelitis des Oberkiefers (Lessing) 678.
—Höhle, Kugel in der (Fallas) 291.
—Spalten, Behandlung der (Kredel) 250.
—Spalte, komplette, bei Hasenscharte (Neumann) 505.
Kieselsäure zur Behandlung von Krebs (Kafemann) 174.
Killiansche Schwebelaryngoskopie (Davis) 150.
Killiansches Suspensionslaryngoskop, Beobachtungen mit (Freudenthal) 427.
Kinder, Bauchfälle bei (Mummery) 263.
—Lähmung, Sehnentransplantation bei (Martinez) 629.
—Lähmung, spinale, Quadricepsplastik bei (Eckstein) 485.
—Tuberkulose, Behandlung durch Seebäder und Insolation (Revillet) 8.
Kippstuhl zur Ausführung der hohen extraduralen Anästhesie (Schlimpert) 96.
Klappsches Verfahren der Tonsillektomie (Schreiber) 739.
Klauenfuß, Behandlung des (Forbes) 200.
Kleinhirn s. auch Gehirn und Großhirn.
Kleinhirn-Absceß nach chronischer eitriger Mittelohrentzündung (Vennin) 212.
—Absceß, bedingt durch anaëroben Spaltpilz (v. Hibler) 493.
—, Cyste des (Moschcowitz) 252; (Wersilow) 566.
—Erkrankung, Störung der Schwereempfindung bei (Maas) 642.
—Exstirpation bei einem Fall von angeborener Hydrencephalocele occipitalis (Mees) 147.
—, Funktion des (Edinger) 793.
—Gewebeembolie der Arteria coronaria cordis (Abrikossoff) 490.
—Hemisphären, Lokalisation in der Rinde der (Barany) 736.
—Lokalisation (Rothmann) 566.
—, Labyrinthveränderungen bei Tumoren des (Lange) 335.
—, Muskeltonus und Muskelkraft bei Läsion des (Volpe) 642.
—Symptome bei Myxödem (Söderbergh) 806.
—Tumor (Hougardy u. Krémer) 794; (Laureati) 567; (Oppenheim u. Krause) 419.
—Brückenwinkel-Tumoren, chirurgische Behandlung der (Guttmann) 793.
—Brückenwinkel, Labyrinthveränderungen bei Tumoren des (Lange) 335.
Klimakterische Blutungen und Carcinomprophylaxe (F. Lehmann) 197.
Kloake, persistierende wahre, mit bandförmigem Ovarium und anderen seltenen Mißbildungen im Urogenitalsystem (Martius) 111.
Klumpfuß, Ätiologie des (Ewald) 280.
—, Behandlung des angeborenen (Vulpius) 712.
—, angeborener, unblutige Behandlung (Dreesmann) 488; (Velez) 312.
—Behandlung im frühen Kindesalter (Bankart) 200.
—Behandlung, operative (Wilms) 776.
—, Behandlung des reflektorisch-spastischen (Anzoletti) 48.

Klumpfuß, heutige Richtung in der Behandlung des (Turner) 312.
—, Röntgenuntersuchungen des (Baisch) 87.
—Verband, Technik des (Möhring) 58.
Klumpkesche Lähmung, Unfallfolge ähnlich den Symptomen der (Weiss) 28.
Knickfuß, Ursachen des (Ewald) 280.
Kniebeugecontracturen, operative Behandlung (Wreden) 847.
Kniegelenk, osteoplastische epiphysäre Amputatio tibiae sub genu als Ersatz für die Exartikulation im (Franke) 136.
—, Distorsionen und Blutergüsse des (Mauclaire) 391.
—, neues Verfahren für Excision des (Bogoras) 199.
—, Heftpflasterextension in Semiflexion des (Steinmann) 48.
—, Infektion des (Shoemaker) 711.
—, Naht der Kreuzbänder des (Kelly) 199.
—, Verletzung der Ligamenta cruciata (Purckhauer) 48.
—, Luxation im (Hering) 534.
—Luxation, kongenitale (Morestin) 198.
—, Mobilisierung eines versteiften (v. Eiselsberg) 135.
—, Schiene zur Streckung und Beugung des (Weisz) 208.
—, Subluxation des inneren Meniscus im (Rocher u. Charrier) 486.
—, Behandlung der inneren Verletzungen des (Vulpius) 486.
Kniekehlenmuskel, Endotheliom des Schleimbeutels des (Petřvalsky) 487.
Kniependelapparat, Fixation von Oberschenkel und Hüfte im (Mosenthal) 58.
Knochenatrophie, durch Inaktivität bedingte, im Röntgenbild (Brandes) 715.
—Bildung in einem Magencarcinom (Gruber) 75.
—Bolzung, experimentelle Studie zur (Gazzotti) 170.
—Brüche s. Fracturen.
—Callus, Struktur des (Zondek) 718.
—, negativer Druck in langen Röhren (R. u. F. Felten-Stolzenberg) 165.
—Entwicklung von neuen (Murphy) 90.
—Höhlen, Transplantation lebenden Gewebes in (Lawrowa) 233.
—Krankheit, Pagetsche, und hereditäre Syphilis (Etienne) 400.
—Krankheit, Pagets, und Wassermannsche Reaktion (Souques u. Vallery-Radot) 171.
—Metastasen, Blutbild bei Krebs mit (Ward) 553.
—Naht, neues Mittel zur (Muzi) 416.
—Plastik bei Pseudarthrose der Tibia (Vulpius) 848.
—Platten bei Fracturenbehandlung (Jones) 328.
—Platten, Lanesche, 76 Operationen mit (Bartlett) 242.
—, platte, röntgenologische Erkennung der angeborenen Syphilis der (Fraenkel) 399.
—Schrauben bei Fracturenbehandlung (Jones) 328.
—Schüsse, Behandlung der, in den Belgrader Lazaretten (Soubbotitch) 328.
—Transplantation, freie (Petroff) 277.
Knochen-Transplantation aus der Leiche (Lexer) 773.
—Transplantation zur Korrektur der Formfehler der Nase (Maljutin) 293.
—Transplantation zur Wiederherstellung der ganzen Nase (Carter) 569.
—Transplantation bei tuberkulöser Spondylitis (Albee) 799.
—Transplantation, Untersuchungen über (Bloodgood) 94.
—Tuberkulose (Ménard) 172.
—Tuberkulose, Bacillentypen von (Fraser) 781.
—Tuberkulose, Behandlung (Garrè) 622; (König) 623; (de Quervain) 8, 624; Wilms) 624.
—Tuberkulose, kindliche, Behandlung (Böhm) 204; (Revillet) 8.
—Tuberkulose, klimatische Behandlung (Mencière) 321; (Revillet) 8.
— und Gelenktuberkulose, Behandlung mit orthopädischen Maßnahmen (Oehlecker) 236.
—Tuberkulose, Röntgenbehandlung der (Iselin) 320; Schede 782.
—Tuberkulose, Röntgenbilder bei (Hammond) 237, 321.
—Tuberkulose, experimentelle Untersuchungen über (Fraser) 709.
—, Wachstum, Tod und Regeneration (Wetherill) 666.
—, Wiederbildung nach Resektion (Pirie) 542.
—Wucherungen am Schädel (Marie) 500.
Knochenmarks-Entzündung s. Osteomyelitis.
—Metastasen und Anämie bei Magencarcinom (Harrington u. Kennedy) 240.
—, physiologische Pigmentablagerung in den Capillarendothelien des (Brass) 393.
—, Transplantation von Schilddrüse in das (Kotzenberg) 576.
Knöchelverletzungen s. Malleolen.
Knorpel-Ausschälung gegen Ectropium senile (Kugel) 337.
—Plastik der Nasenflügel (Canestro) 24.
—Transplantation bei Extremitätenankylose (Charbonnel) 309.
Knotenkröpfe, Kolloidretention in den (Monogenow) 503.
Kochsalz-Infusionen, Technik der (Kuhn) 290.
—Lösung, Infusion von, bei Spontangangrän (Koga) 231, 386.
Kochscher Bacillus im Blute Tuberkulöser (de Verbizier) 636.
Köhlersche Erkrankung des Os naviculare pedis (Wohlauer) 88.
Körperverbildung, Verhütung bei Kindern (Delchef) 49.
Kohlehydratstoffwechsel, Rolle der Hypophyse im (Weed) 293.
Kohlensäureschneebehandlung bei Cancroiden, Angiomen, Lupus (Bordas) 55.
Kohlensaurer Kalk, Nierensteine im Röntgenbild aus (Immelmann) 607.
Kollaps (Goldscheider) 418.
Kollargol-Einspritzungen, Einwirkung auf Niere und Nierenbecken (Straßmann) 524.
—Röntgenaufnahme zur graphischen Darstellung der ableitenden Harnwege (Schramm) 524.

Kolloid-Retention in den Knotenkröpfen (Monogenow) 509.
—Tumoren des dritten Hirnventrikels mit tödlichem Ausgang (Hall) 180.
Kolon s. Colon.
Komplementbindungsreaktion bei Thymushypertrophie und Status lymphaticus (Luzzatti) 107.
Kondensatorelektrode von Oudin, Wirkung der (d'Almeida) 97.
Kongenitale Hirngeschwülste, Eigentümlichkeiten der (Oppenheim) 23.
— Hüftgelenkverrenkung s. Hüftgelenksluxation.
— Mißbildung des Gehörorgans, plastische Operation der (Kosokabe) 339.
Konjunktival-Reaktion (Andersen) 493.
Konservativismus in der Chirurgie (Whiting) 281.
Konstantinopel, belgische Rote Kreuz-Abteilung in (Depage) 330.
—, Verwundungen während des Balkankrieges, beobachtet in (Tartois) 14.
Konstitution, neuere Ideen über die Deutung der (Jong) 633.
Kopf-Läsionen, Folgezustände nach (Neel) 98.
—, Meningocele des (Petit de la Villéon) 212.
—Suspension, praktische Vorrichtung zur (Chlumský) 332.
—Verletzungen im japanisch-russischen Krieg, traumatische Epilepsie nach (Eguchi) 418.
Kotfistel (Deaver) 759.
—, Instrument zur Herstellung einer, bei tiefsitzendem Darmverschluß (Lusk) 56.
Kotstauung im Ileum (Harris) 820.
Krampfartige Zustände, Lumbalpunktion bei (Fischer) 800.
Krebs s. Carcinom.
Kreissäge, elektrische, Osteotomie mittels (Künne) 247.
Kretinismus, Ätiologie des (Carini) 805.
—, Wasserätiologie des (Kutschera) 345.
Kretschmerscher Apparat (Rohde) 56.
Kreuzbänder des Knies, Naht der (Kelly) 199.
Krieg, japanisch-russischer, traumatische Epilepsie nach Kopfverletzungen im (Eguchi) 418.
—, Infektionen im (v. Oettingen) 719.
—, erste Wundversorgung im (Hammer) 175.
Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem Balkankrieg (Cadenat) 177; (Coenen) 720; (Colmers) 177; (Delorme) 787; (Denk) 555; (Exner u. Heyrovsky) 243; (Fraenkel) 285; (Frank) 721; (v. Frisch u. Clairmont) 329; (v. Frisch) 176; (Goebel) 673; (Goldammer) 720; (Heyrovsky) 175; (Jurasz) 722; (Kirschner) 720; (Legrand) 176; (Montprofit) 329; (Mühsam) 554, 722.
— Erfahrungen aus dem griechisch-türkischen Krieg 1897 (Korsch) 724.
— Erfahrungen über Aneurysmen (v. Frisch) 723.
— Erfahrungen in Bulgarien (Delorme) 408.
— Erfahrungen aus Bulgarien (Exner) 407.
— Erfahrungen vom montenegrinisch-türkischen Kriegsschauplatz (Heinz) 408.
— Erfahrungen über den serbischen Heeressanitätsdienst (Socin) 206.
— Erfahrungen im türkisch-bulgarischen Feldzug (Tintner) 406.
Kriegschirurgische Improvisation zum Gipsschienenverband (Frank) 57.
Kriegschirurgisches aus den Belgrader Lazaretten (Soubbotitch) 328.
Kriegsfeuerwaffen, moderne, auf verschiedene Entfernungen hervorgebrachte Verwundungen mit (Imbriaco) 243.
Kriegssanitätswesen der bulgarischen Armee im Feldzug gegen die Türkei (Lotsch) 787.
Kriegsschauplatz, türkischer (Wieting) 14, 408.
Kriegsverletzte, Physiotherapie der (Miramond de la Roquette) 787.
Kriegsverletzungen (Coenen) 672.
— durch Revolver- und Gewehrkugeln, Behandlung (Reclus) 554.
Kriegswunden durch moderne Waffen (Ferraton) 556.
Krönleinsche Methode, Hämatom der linken Orbita, behandelt nach modifizierter (Cotterill u. Mackay) 338.
Kropf s. Struma.
—Herz, Entstehung des mechanischen (Ströbel) 576, 684.
—Wassertränkung (Breitner) 576.
Krustenscabies, Fall von (Beatty) 323.
Kryoskopie (Bromberg) 122.
—, Blut-, Wertigkeit derselben für die Nierenfunktionsbestimmung (Krotoszyner u. Hartmann) 192.
— des Harns bei Nephrolithiasis (v. Illyés) 377.
Kümmells traumatische Kyphose (Malling) 104.
Kugel in der Kieferhöhle (Fallas) 291.
—, Entfernung aus der Schädelbasis (Jacques) 147.
Kulenkampffsche Anästhesierung des Plexus brachialis (Babitzki) 559.
— Plexusanästhesie (Neil u. Crooks) 288.
Kulenkampff, Phrenicuslähmung bei Plexusanästhesie nach (Sievers) 412.
Kupfer, kolloidales, Behandlung des menschlichen Krebses mit intravenösen Einspritzungen von (Loeb, Lyon, McClurg u. Sweek) 205.
—, kolloidales, Einfluß intravenöser Einspritzungen auf Mäusegeschwülste (Loeb, Fleisher, Leighton u. Ishii) 205.
—, Einfluß auf Impftuberkulose (Cooper, de Witt u. Wells) 716.
—Behandlung der äußeren Tuberkulose (Strauss) 549.
Kyphose s. a. Pseudokyphose.
—, Kümmells traumatische (Malling) 104.

Labyrinthveränderungen bei Tumoren des Kleinhirns und Kleinhirnbrückenwinkels (Lange) 335.
Lähmungen s. a. Paresen.
—, Elektrotherapie der (Mann) 416.
— Klumpkesche, Unfallfolge ähnlich den Symptomen der (Weiß) 28.
— der Muskeln behandelt mit exzentrischer Bewegung (Abercrombie) 201.
— des Nervus peronaeus, künstlich herbeigeführte temporäre, zur Plattfußbehandlung (Anzoletti) 48.
—, isolierte traumatische, des Nervus suprascapularis (Behrend) 198.

Längsdefekt, halber äußerer, des Armes (Delmas u. Vallois) 483.
Lageanomalien der Niere (Plummer) 122.
Lambretscher Apparat bei Unterschenkelfractur (Walther) 632, 712.
Laminektomie wegen des Brown-Séquardschen Syndroms (Guillain u. Duval) 574.
—, Fractura vertebrae cervicalis V, behandelt mit (S. u. J. Nordentoft) 26.
— wegen Rückenmarkserkrankungen (Elsberg) 342.
Lanesche Knochenplatten, 76 Operationen mit (Bartlett) 242.
— Metallplatten bei Fracturenbehandlung (Walker) 328.
— Schienen zur Fracturbehandlung (Joynt) 290.
— Schleife, Verwandtschaft mit den fötalen peritonealen Falten von Jonnesco, Treves und Reid (Eastman) 823.
Laparoskopie (Jacobaeus) 438.
—, Technik und Indikation (Rénon) 648.
Laparotomien, subcutanes Emphysem nach (Gergö) 444.
—, Verhütung von Hernien und Bauchwandvorstülpung nach (Waljaschko u. Lebedjew) 222.
— im Kindesalter (Hunter) 512.
—, Verwendung des Luffaschwammes bei (Thies) 72.
—, Nachbehandlung der (Kleinschmidt) 37.
—, verschmutzte, Vorbeugung postoperativer Peritonitis bei (v. Herff) 185.
—Wunden, Ruptur von, und Vorfall von Baucheingeweiden (Galpern) 263.
Laryngitis, chronische, und Angiom des Kehlkopfes (Phillips u. Ruh) 575.
—, tuberkulöse, Schluckbeschwerden bei (Bertran y Castillo) 428.
Laryngoskop, Suspensions-, Beobachtungen (Freudenthal) 427.
Laryngoskopie (Turner u. Fraser) 257.
—, direkte (Forbes) 216; (Leroux) 508.
Laryngostomie (Sargnon) 30.
— zur Behandlung der diffusen Papillome beim Kind (Fontaine) 803.
— bei Papillomen des Larynx (Bourgeois) 344.
Larynx, Angiom des, und chronische Laryngitis (Phillips u. Ruh) 575.
—Carcinom, Diagnose und Behandlung (Bourgeois) 804.
—Carcinom auf luetischer Basis (Ledermann) 575.
—, Carcinom des Oesophagus mit Lähmung des (Yorke) 215.
—, neue Behandlungsmethode der Dysphagia dolorosa bei Tuberkulose und Krebs des, durch Resektion des inneren Astes des Nerv. laryngeus superior (Chalier) 29.
—, Rasche Eröffnung in Fällen dringendster Erstickungsgefahr (Denker) 69.
—, Jodtherapie tuberkulöser Ulcerationen im (Ohnmacht) 575.
—, Leprabacillenbefund in den Faeces bei leprösen Schleimhautveränderungen des (Merian) 295.
—, Lupus des (Harms) 571.
—Membran, kongenitale (Badgerow) 508.
—, Bekämpfung der Nachblutung bei chirurgischen Eingriffen des (Réthi) 798.
Larynx, Papillome des (Bourgeois) 344.
—, Röntgentherapie gutartiger Vegetationen im (Gray) 256.
—, Schußverletzung des (Davis) 217.
—Stenose, Exstirpation des Aryknorpels bei (Iwanoff) 295.
—Stenosen, Exstirpation der Stimmbänder bei (Iwanow) 508.
—, Tuberkulom des (Sanderson) 508.
—Tuberkulose (Thomson) 684.
—Tuberkulose, beginnende (Pettit) 428.
—Tuberkulose, chirurgische Behandlung der (Arnoldson) 30.
—, Tumoren des (v. Bruns) 508.
—Tumoren, kleinste, und ihre Behandlung (Krüger) 68.
—Tumor des, behandelt mit Seleniol (Hope) 684.
Lateralsklerose, amyotrophische (Mendel) 285.
Laugen, Alterationen der Oesophaguswand verursacht durch Verschlucken von (Delore u. Arnaud) 817.
Leber-Abscesse, Amöben-, abnorme Formen (Thevenot u. Plontz) 601.
—, Komplikation einer Appendicitis durch Abscesse in der (Lastotschkin) 758.
—Absceß, dysenterischer, mit Durchbruch in die Bronchen (Chauffard) 464; (Flandin u. Dumas) 523.
—Absceß, dysenterischer, in die Bronchien durchgebrochener, geheilt durch Emetin (Chauffard) 372.
—Absceß infolge scheinbarer Gallensteinerkrankung (Lippens) 464.
—Absceß, Infektion mit Paratyphus B (Pujol) 372.
—Abscesse, hervorgerufen durch einen Spulwurm (Nowicki) 827.
—Adenom, primäres, Hanots hypertrophische Lebercirrhose vortäuschend (Gordinier u. Sawyer) 273.
—Aktinomykose mit Perforation der Bauchwand (Seenger) 157.
—Amöbenabsceß mit Punktion und subcutanen Emetininjektionen behandelt (Rouget) 760.
—, primäres Angioendotheliom der (B. Fischer) 704.
—Atrophie, akute gelbe, nach Chloroformnarkose (v. Brackel) 286.
—Carcinom, primäres, im Säuglingsalter (Idzumi) 703.
—Carcinom, chemische Zusammensetzung bei (Robin) 191.
—, primäres Chorionepitheliom der (B. Fischer) 704.
—Cirrhose, Behandlung der (Kelley) 78.
—Cirrhose, chirurgische Behandlung (Julliard) 520.
—Cirrhose, experimentell erzeugte (Ogata) 520.
—Cirrhose, Hanots hypertrophische, vorgetäuscht durch primäres Leberadenom (Gordinier u. Sawyer) 273.
—Cirrhose, Heilung durch Talmasche Operation (Tansini) 299.
—Cirrhose, Einpflanzung der Vena mesenterica sup. in die Vena cava inf. bei (Bogoras) 226.
—, nichtparasitäre Cysten der (Boyd) 760.

Leber, unparasitäre Cyste der (Lisjansky u. Ljudkewitsch) 226.
—Echinococcuscyste, mit Exstirpation des Sackes behandelt (Lenger) 601.
—, Entkapselung der, bei Cirrhose (Kelley) 78.
—Krankheiten (Ewald) 654.
—Krankheiten und Chloroformnarkose (Hildebrandt) 408.
—Lappen, linker, vollständige Resektion wegen Syphilom (De-Francisco) 760.
— und Nebenschilddrüse, Wechselbeziehungen zwischen (Morel) 347.
—Ruptur, subcutane, Kasuistik der (Flath) 78.
—Verletzungen (Boljarsky) 702.
—Verletzungen, Bradykardie bei (Finsterer) 601.
—, innere Verletzungen der, infolge Schlittelsports (Bernhard) 358.
—, Zerreißung der, und der Milz (Evans) 80.
Leishmania-Anämie und Orientbeule, Zusammenhang zwischen (Cipolla) 323.
Leishmaniosis, indische, des Nasen-Rachen-Raumes (Castellani) 502.
Leistenbruch s. Hernia inguinalis.
Leistengegend, Sarkom der, geheilt durch Radiumstrahlen (Reynier) 134.
Leistenhoden s. a. Eksopiatistis.
— (Gurdus) 478.
—, Torsion des Samenstranges eines ektopischen (Tasca) 836.
Leitklemme für partielle Tenotomie (Harman) 55.
Leitungsanästhesie des Nervus ischiadicus (Babitzki) 640.
— bei Nierenoperationen (Kappis) 159.
— des Plexus brachialis (Neil u. Crooks) 288.
— am Unterkiefer (Seidel) 142.
Lendenwirbelsäule, traumatisches Osteom der (v. Sury) 572.
Lepra-Bacillenbefund in den Faeces bei leprösen Schleimhautveränderungen des Kehlkopfes (Merian) 295.
—, neue Injektionszusammenstellung zur Behandlung der (Brocq u. Pomaret) 398.
—, Behandlung mit Nastin (Schumacher) 53.
Leukämieähnliches Blutbild nach bösartiger Geschwulst (v. Dieballa u. Entz) 671.
Leukocyten, Diapedese und Phagocytose (Onimus) 633.
—Emigration bei der Entzündung (Yatsushiro) 169.
—, Zunahme bei epileptischen Anfällen (Gorrieri) 792.
Leukoplakia oris non luetica, Genese von (Armbruster) 341.
Leukoplasie des Nierenbeckens (Lecène) 377.
—, Radium als Heilmittel bei (Abbe) 682.
—, kommissurale, gleichzeitig mit einem syphilitischen Schanker (Landouzy u. Pinard) 149.
—, kommissurale, ohne vorherbestehende Syphilis (Queyrat u. Bouttier) 104.
Leurets Instrument zur Anlegung eines Pneumothorax (Leuret) 688.
Licht-Therapie (Weil) 58.
Lidrandplastik, Entropionoperationen mit (Farmakowsky) 213.
Liermann, Händedesinfektion mit Bolus-Seife nach (Kutscher) 641.
Ligamenta cruciata des Knies, Naht der (Kelly) 199.
— cruciata des Kniegelenks, Verletzung der (Pürckhauer) 48.
Ligamentum gastrohepaticum, Rißverletzung (Moschcowitz) 264.
— patellae proprium, Zerreißung des (Waelder) 232.
— patellae, Riß oder Zerreißung (Luckett) 168.
— rotunda, intraperitoneale Verkürzung der (Langes) 129.
— rotundum, Ventrifixur des, unter subperitonealer Durchleitung durch die Ligamenta lata (Dührssen) 129.
— teres, Gastropexie vermittels des (Pagenstecher) 40.
— teres, Gleitbrüche des (Villard) 153.
Ligatur der Carotis communis (Smoler) 294.
—, mechanische, in der Chirurgie (Bilhaut) 726.
— der Nierengefäße als Ersatz der Nephrektomie (Kellock) 612.
Linglesche Lösungen, Injektionen von, bei Spontangangrän (Koga) 231.
Linse, Eisensplitter in der (Ammann) 293.
Linsenluxation, subkonjunktivale, und symmetrische Iridodialysis beider Augen (Leonoff) 502.
—, traumatische (Davids) 63.
Lipodermoide, multiple, auf Bindehaut und Hornhaut mit intrabulbären und anderen Anomalien (Stoll) 213.
Lipoide, Gehalt verschiedener Organe bei thyreoidektomierten Tieren an (Joustchénko) 69, 217.
Lipoidgehalt der sog. Appendixcarcinome (Maresch) 119.
Lipoma pendulum, Fall von (de Vega) 670.
Lipome des Perineums (Saviozzi) 649.
Lipomyxom, bemerkenswerter Fall von (Little) 670.
Lippen-Carcinom (Pusey) 254.
—Carcinom durch Radium und Diathermie geheilt (Morestin) 644.
Liquor cerebrospinalis s. Cerebrospinalflüssigkeit.
—Fistel nach Kopfschuß (Morestin) 179.
Lithotomie oder Lithotripsie (Feiber) 195.
Lithotomien, Nephro-, mit Erfolg ausgeführt bei kleinen Kindern (Ollerenshaw) 125.
Lithotripsie oder Lithotomie (Feiber) 195.
Littlesche Krankheit, angeborene Luxation des Radiusköpfchens, Kombination mit der (Künne) 84.
Livedo reticulata verbunden mit Morbus Raynaud auf syphilitischer Basis (Weber) 495.
Lobsteinsche Krankheit (Plisson) 482.
Lokalanästhesie (Adloff) 142; Hellwig) 412.
— bei Appendicitiden (Chaput) 287; (Fowelin) 499.
— am Auge mit besonderer Rücksicht auf Eusemin (Adler) 243.
—, Beiträge zur (A. W. Meyer) 787.
—, Reposition der Bruchenden unter dem Röntgenschirme in (Dollinger) 175.
— bei Operationen am Brustbein (Harttung) 432.
— bei Exenteratio orbitae (Seidel) 338.
—, Anwendung bei subcutanen Fracturen und Luxation (Braun) 12.
— in der kleinen operativen Gynäkologie (Haim) 413.

Lokalanästhesie, Hautnerven wichtig zur (Rost) 640.
—, Operation der eingeklemmten Hernie unter (Hind) 362.
— bei der Hernienoperation (Guedea) 265.
— bei Exstirpation eines kleinfaustgroßen Hirnhauttumors (Andree) 420.
— mittels Kataforese (Lundgreen, Schéle u. Svedin) 675.
— bei Nierenoperationen (Kappis) 159.
— des Plexus brachialis, Phrenicuslähmung nach (Stein) 788.
—, Prinzipien und Technik (Baruch) 639.
— bei Rectumoperationen (Saphir) 789.
Lues s. Syphilis.
Luffaschwamm, Verwendung bei der Laparotomie (Thies) 72.
Luft, Bakterienflora auf dem Operationsfelde und der umgebenden (Puccinelli) 789.
—Embolie, tödliche, nach Anfüllung der Blase mit Luft (Nicolich) 229.
—Embolie, tödliche, im Verlauf einer Prostatektomie (Marion) 230.
—, getrocknete, zur Behandlung des Ulcus cruris (Jaffé) 200.
Luftkompressor im Krankenhaus (Kuhn) 561.
Luftröhre s. Trachea.
Luftwege, chronische primäre Eiterherde der oberen (Emerson) 254.
—, obere, Fremdkörper in den (Glas) 345.
—, obere, Komplikationen bei Fremdkörpern in den (Zytowitsch) 428.
—, Krankheiten der, behandelt mit intratrachealen Injektionen (Gneit) 295.
Lumbalanästhesie s. a. Rückenmarksanästhesie.
— s. a. Spinalanästhesie.
— (Battye) 559.
— mit Novocain (Chaput) 287.
— mit Stovain, Abducenslähmung nach (Tenani) 288.
—, Todesfälle nach (Sternberg) 330.
— bei tabischen Visceralkrisen (Bökelmann) 498.
Lumbalflüssigkeit s. Cerebrospinalflüssigkeit.
Lumbalmark, melanotisches Sarkom der vorderen Thoraxwand mit Metastase im (Laurenti) 686.
Lumbalpunktion (Chaput) 287; (Laurenti) 255; (Rathery) 105.
—, diagnostische Bedeutung (Hauptmann) 574.
— bei Kopfverletzungen (Neel) 98.
— bei krampfartigen Zuständen (Fischer) 800.
—, therapeutischer Wert der (Brelet) 741.
—, plötzlicher Tod nach (Hougardy u. Krémer) 794.
Lungen-Absceß infolge scheinbarer Gallensteinerkrankung (Lippens) 464.
—, Durchbruch eines spondylitischen, kalten Abscesses in (Dollinger) 149.
—, Blutzirkulation bei geschlossenem und offenem Thorax (v. Rohden) 687.
—Bruch, Lymphangiom vortäuschend (Fitzwilliams) 578.
—Carcinom (Freiman) 583.
—Carcinom, primäres (Lombardo) 262.
—Chirurgie, Tierexperimente zur (Schepelmann) 434.
—Echinococcus (Behrenroth) 35; (Morestin) 151.
Lungen-Echinococcus, Endresultate der operativen Behandlung (Tuffier) 219.
—Echinococcus, Indikation für operative Behandlung (Charrier) 808.
—Eiterung, chronische, chirurgische Behandlung (Jehn) 747.
—Embolie, operative Behandlung der (Schumacher) 687.
—Embolie, Lokalisation der (Kretz) 580.
—Embolie, experimentelle Lokalisation der (Kretz) 71.
—Embolie, obturierende, als postoperative Todesursache (Petrén) 687.
—Embolie, postoperative (Mauclaire) 137.
—Embolie, behandelt mit Trendelenburgscher Operation (Läwen) 748; (Sievers) 558.
—Emphysem, chirurgische Behandlung (Majewski) 647; (Rubaschoff) 353; (Tytgate) 434.
—Emphysem, Freundsche Operation (Flesch) 582.
—Emphysem, Rückwirkung einer Brustwandresektion auf (Friedrich) 748.
—Erkrankungen, Beeinflussung durch künstliche Lähmung des Zwerchfells (Sauerbruch) 581.
—Erkrankung behandelt mit künstlichem Pneumothorax (Hamman u. Sloan) 351.
—, Fremdkörper in der, entfernt durch Pneumotomie (Kellock) 151, 350.
—Gangrän geheilt durch intrabronchiale Injektionen (Guisez) 583.
—, Beziehung zu Halslymphdrüsentuberkulose (Trautmann) 802.
—Kollaps-Therapie und künstlicher Pneumothorax (Scherer) 689.
—Leiden, tuberkulöses, verschlimmert durch Quetschung (Lenzmann) 350.
—, Reaktion auf intrabronchiale Insufflation von Pneumokokken (Wollstein u. Meltzer) 746.
—Tuberkulose und Anomalien des ersten Rippenringes (W. H. Schultze) 581.
—Tuberkulose, Chirurgie der (Alvarez) 351; (Danes) 690; (Leuret) 688; (Piéry u. Le Bourdellès) 184.
—Tuberkulose, operative Behandlung (Baer) 184.
—Tuberkulose, behandelt mit künstlichem Pneumothorax (Aron) 353; (Balvay u. Arcelin) 107; (Hamman u. Sloan) 351; (Hymans v. d. Bergh, Josselin de Jong u. Schut) 353; (Pekánovits) 435; (Piery u. Le Bourdellès) 437; (Rénon) 352; (Sorgo) 352.
—Tuberkulose, Behandlung der bei künstlichem Pneumothorax auftretenden pleuritischen Komplikationen (Jaquerod) 436.
—Tuberkulose, Pneumothorax bei (Bernard) 511; (Rosenthal) 299
—Tuberkulose, Indikationen der Pneumothoraxtherapie der (v. Jagić) 151.
—Tuberkulose mit künstlichem Pneumothorax, Todesfälle mit Obduktion nach Behandlung von (Sundberg) 747.
—Tuberkulose, Pfeilerresektion der Rippen zur Verengerung des Thorax bei (Wilms) 260.
—Tuberkulose, Formen der thorakoplastischen Pfeilerresektion bei (Wilms) 435.
—Tuberkulose, verschlimmert durch Quetschung des Brustkorbes (Lenzmann) 350.

Lungen-Tuberkulose, Bedeutung der Reinfektion für die Entstehung der Lungenschwindsucht (Orth) 322.
—Tumor, diagnostiziert durch die obere Bronchoskopie (Johnston) 689.
—Tumoren (Fraenkel) 689.
—Verletzung, Brustschuß mit (Morestin) 350.
—, innere Verletzungen infolge Schlittelsports (Bernhard) 358.
—Wunden, Spontanheilung (Tiegel) 746.
Lupus, Ätiologie (Rupp) 238.
—Behandlung (Scholtz) 636.
—, kombinierte Behandlung mit Alttuberkulin und Aurum-Kalium cyanatum (Bettmann) 782.
—, Finsenbehandlung bei (Reyn) 333.
—Fürsorge im Herzogtum Oldenburg (Thedering) 322.
—der Nasenschleimhaut (Walb) 422.
— nasi behandelt mit Jod in statu nascendi (Bedford) 680.
—, Bedeutung der Pathogenese für die Therapie (Engel) 549.
—, Quarzlampenbestrahlung bei (König) 623.
—, Radiotherapie und Scarificationen in der Behandlung des (Marquès) 238.
— der Schleimhaut, moderne Behandlung des (Albanus) 321.
— vulgaris, Ätiologie (Rupp) 238.
— der Zunge und des Kehlkopfes (Harms) 571.
Luschkasche Carotisdrüse (Frugoni) 233.
Luschkas Carotisdrüse, Geschwülste der (Sinjuschin) 802.
— Carotisdrüse, Studien über (Frugoni) 574.
Luxatio, Luxation.
Luxation des Daumens (Horand) 133.
—, veraltete, Plastik des Ellenbogengelenkes bei (Bogoras) 279.
— femoris s. Hüftgelenksluxation.
— des Fußes unterhalb des Sprungbeins (Grune) 312.
—, Beugungs-, des 5. Halswirbels (Sudeck) 507.
— der Hand (Mosti) 663.
— der Hand radialwärts mit isolierter Luxation des Kahnbeines volarwärts (Speck) 844.
— des Hüftgelenks s. Hüftgelenks-Luxation.
—humeri inveterata, Reposition bei (Thomas) 279.
— des Humeruskopfes nach vorn, Fractur des Collum chirurgicum humeri mit (Hurtado) 387.
— des Kahnbeins volarwärts mit radialer Handluxation (Speck) 844.
— im Kniegelenk (Hering) 534.
— des Metatarsus (Young) 488.
— des Os lunatum (Wallace) 626.
— der Patella, rezidivierende (Nageotte-Wilbouchewitch) 534.
— pedis sub talo (Grune) 312.
— pedis sub talo nach innen (Patel u. Viannay) 136.
—, Pronations-, des Fußes bei Fibulafractur (Bindi) 391.
— des oberen Endes des Radius bei operativer Behandlung der Fractura ulnae (Abadie) 132.
— des Radiusköpfchens, Isolierte Ellenbogenbrüche mit (Kirmisson) 709.
Luxation, angeborene, des Radiusköpfchens, Kombination mit der Littleschen Krankheit (Künne) 84.
—, Reposition mit Lokalanästhesie (Braun) 12.
— im Talonaviculare-Gelenk, Fall von (Nobe) 88.
— nach rückwärts der Endphalange des Zeigefingers (Labeau) 232.
Lymphadenose, akute aleukämische (Schippers) 5.
Lymphangiom der Bindehaut des Augapfels (Erb) 213.
— des Gesichts (Rocher) 98.
— vortäuschender Lungenbruch (Fitzwilliams) 578.
Lymphangitis des Pankreas (Deaver) 303.
Lymphatische Herde in der Schilddrüse (Simmonds) 69.
Lymphatismus und Ulcus rotundum ventriculi (Stoerk) 455.
Lymphdrüsen der Bifurkation, Resektion wegen Trachealstenose (Betke) 107.
—, Entstehen und Verschwinden von (de Groot) 778; (Ritter) 138.
—, tuberkulöse, des Nackens, konservative Behandlung der (Brown) 67.
—Tuberkulose des Halses, Beziehung zu Tonsillen und Lunge (Trautmann) 802.
—Tuberkulose, Röntgenbestrahlung bei (Iselin) 320.
Lymphe, Ableitung der, bei elephantiastischen Zuständen der Gliedmaßen (Lenormant) 84.
Lymphgefäße der Zunge, des quergestreiften Muskelgewebes und der Speicheldrüse des Menschen (Aaagaard) 423.
Lymphocytose bei septischer Infektion (Cabot) 667.
Lymphogranulomatose, subakute der Inguinaldrüsen (Durand, Nicolas u. Favre) 276.
Lymphorrhagien, Behandlung (Sikora) 201.
Lymphosarkom des Halses, Behandlung mit Röntgenstrahlen (Boggs) 325.
Lysis, intraperitoneale, der Tuberkelbacillen (Manwaring u. Bronfenbrenner) 810.

Madelungsche Deformität, Beitrag zur (Trillmich) 85.
— Handgelenkdeformität, Wesen und Operation (Springer) 710.
Madurafuß (Cicero) 536.
Mäuse-Carcinom, Wirkung der allgemeinen Kontraktion der peripheren Blutgefäße auf (Walker u. Whittingham) 552.
—Carcinom, Einfluß der Quecksilberpräparate auf das Wachstum der (Skudro) 552.
—Carcinom, besondere Resistenz einer Mäusegruppe gegenüber (McFarland u. McConnell) 552.
—Carcinom, Einfluß von Sublimat und Borsäure auf Transplantation und Entwicklung (Wrzosek) 94.
—Carcinom, Übertragung auf Kaninchen (Strauch) 174.
—Tumoren, Einfluß intravenöser Einspritzungen von kolloidalem Kupfer (Loeb, Fleisher, Leighton u. Ishii) 205.
—Tumoren festgestellt als echte Carcinome und Sarkome (Lewin) 324.
—Tumoren, Übertragbarkeit (Rapp) 174.

Magen s. a. Cardia.
— s. a. Pylorus.
— s. a. Sanduhrmagen.
—Achylie, Befund von Trypsin bei (Krylow) 813.
—Atonie, subtotale Magenresektion bei (Fletcher) 456.
—, Bewegungen des, Beziehung der gastropankreatischen Falten zu (Crymble) 74.
—, Bewegungsvorgänge am pathologischen (Holzknecht u. Haudek) 453.
—, pathologischer, Bewegungsvorgänge am, auf Grund röntgenkinematographischer Untersuchungen (Bruegel) 115, 591.
—Bioröntgenographie, vereinfachte (Kaestle) 453.
—, Blutbrechen infolge von Arteriosklerose des (Bitot u. Mauriac) 365.
—Blutung, tödliche, bei Milzvenenthrombose (Ewald) 468.
—Carcinom (v. Bonsdorff) 223; 300.
—Carcinom, frühe Diagnose (Andrassy) 40.
—Carcinom, Diagnose und Behandlung des (Lipowski) 749.
—Carcinom, epigastrische Hernien bei (Kirmisson) 187.
—Carcinom, Knochenbildung in (Gruber) 75.
—Carcinom, Knochenmarkmetastasen und Anämie bei (Harrington u. Kennedy) 240.
—Carcinom, Perforation des (Jaisson) 267.
—Carcinom, Befund von Trypsin bei (Krylow) 813.
—Carcinom und Ulcuscarcinom, Resultate der Behandlung (Faroy) 593.
—Chemismus bei der Colitis muco-membranosa (Lara) 225.
—Colonfistel nach Gastroenterostomie (Pólya) 269.
—, Cystosarkom des (Kondring) 518.
—Darmgeschwürperforation in die freie Bauchhöhle, Kasuistik der (Kraus) 455.
—Darmgeschwüre, experimentelle Erzeugung (Gundermann) 752.
—Darmkanal, okkulte Blutungen (Boas) 220.
—Darmkanal, heutige Chirurgie (Ridella) 362.
—Darmkanal, Erkrankungen des (Knapp) 514.
—Darmkanal, Schleimhautjodierung bei Operationen (Hohlbaum) 415.
—Darmparese, postoperative (Pilcher) 513.
—Dilatation, postoperative (Duncan) 590.
—Dilatation, postoperative, Pathogenese (Arcangeli) 817.
—Dilatation und Rachitis (Vanlair) 186.
—Divertikel, Röntgenbild eines (Guillot) 590.
—, totale Entfernung (Unger) 595, 693.
—Erkrankungen, nervöse, Trypsin bei (Krylow) 813.
—Fibrom mit Perforationsgeschwür, transgastrische Resektion (Skeel) 365.
—, Form des menschlichen (Paterson) 814.
—, Fremdkörper im, Gastrotomie (Matthews) 302.
—, motorische Funktion, Studium mittels Röntgenstrahlen (Cafiero) 362.
—Geschwür, Ätiologie (Kast) 591.
—Geschwür, callöses, mit schweren Blutungen (Rivière) 187.
—Geschwür, chirurgische Behandlung (Lloyd) 591.
—Geschwür, suppurative Chondritis nach Operation eines (S. u. H. Nordentoft) 666.
Magen-Geschwür, Diagnose (Chace) 591.
— und Duodenalgeschwür (v. d. Velden) 757.
—Geschwür und Duodenalgeschwür, Differentialdiagnose (Kelling) 757; (Sommerfeld) 300.
— und Duodenalgeschwür, Resektion bei (Richter) 757.
—Geschwür, Entstehung und Behandlung (Katzenstein) 815.
—Geschwür, Vereinfachung der Naht nach Excision eines (Williams) 364.
—Geschwüre, Einfluß der Gastroenterostomie auf (Berg) 651.
—Geschwür, epigastrische Hernien bei (Kirmisson) 187.
—Geschwür, rundes, und Lymphatismus (Stoerk) 455.
—Geschwür und Magenkrebs 300.
—Geschwür, Durchbruch in die Milz (Tanton u. Grenier) 593.
—Geschwür, perforierendes (Corner) 455, 695; (Klopfer) 518; 693; (Simon) 363; (Wagner) 154; (Wetterstrand) 593.
—Geschwür, perforiertes, Verwendung der Netzmanchette bei Behandlung des (Neumann) 593.
—Geschwür und Pylorospasmus (Neudörfer) 693
—Geschwür im Röntgenbild (Pfahler) 517; (Schlesinger) 591, 815; (White) 814.
—Geschwür, traumatisches (Lopez) 651.
—Geschwür, Untersuchungen und Operationen bei (Smithies) 816.
—Krankheiten, Behandlung mit Atropin (Pletnew) 694.
—Lähmung, postnarkotische (Steinthal) 817.
—Operationen, Verletzungen der Arteria colica media bei (Cunéo) 301.
—Operationen, epigastrischer Rippenkorbrandschnitt für (Brun) 456.
—Perforation, akute, Frühdiagnose (Kulenkampff) 154.
—Perforation in einem carcinomatösen Geschwür nach diagnostischer Bariummahlzeit (Fairise u. Caussade) 818.
—, muskulöser, Schädigungen des nach Perigastritiden (Bériel u. Gardère) 649.
—, Physiologie (Carlson) 516.
—Resektion s. a. Colongangrän.
—Resektion und Gastroenterostomie, Indikation und Technik (Crile) 458.
—Resektion, subtotale, bei Magenatonie (Fletcher) 456.
—Resektion, Technik (Sasse) 592.
—Resektion, Statistik der (Weil) 364.
—, krampfartige Zustände des, vom röntgenologischen Standpunkte aus (v. Dehn) 222.
—, Röntgenuntersuchung des (White) 814.
—, Röntgenuntersuchung bei den chirurgischen Krankheiten des (Béclère u. Mériel) 119.
—Saftfluß und verwandte Sekretionsstörungen (Günzburg) 300.
—Sarkom (Flebbe) 590.
—Schnitt bei Haarballen im Magen (Storey) 188.
—, Schuß durch (Tourneux) 112.
—, doppelte Stenose des (Karplus u. Ury) 693.
—Stenosen, ihr Verhalten bei Milchdiät (Jonas) 591.

Magen-Stichverletzung (Macewen) 75.
—Syphilis, eine Neubildung vortäuschend (Comite) 459.
—Tiefstand s. Gastroptose.
—Tuberkulose (Zesas) 818.
—Tuberkulose, Pathologie (Melchior) 459.
—, Behandlung stenosierender Ulcera pylori des (Rossi) 694.
—Untersuchung, radioskopische, Wismutzubereitung für (Réchou) 300.
—Verbrennungen nach Verschlucken von Säure (Delore u. Arnaud) 817.
—Wand, Myosarkom der (Amelung) 590.
—Volvulus, partieller (Orth) 590.
—, scheinbare Zweiteilung des (Béclère) 750.
Magnesiumbehandlung des Tetanus (Arnd) 236; (Dutoit) 319.
Magnesiumsulfat, Heilung des Tetanus mit (Kocher) 282.
Magnium, resorbierbares, als Metall (Frostanezki) 416.
Mal perforant beim Diabetes mellitus (Sample u. Gorham) 487.
— perforant im Mund (Chompret u. Jzard) 570.
— perforant im Mund bei Tabikern (Balzer, Belloir u. Tarneaud) 570.
Malariamilz, Spontanruptur der (Noland u. Watson) 79.
Malleolen-Fractur, isolierte, Hirtenstab-Gipsschiene für (Frank) 58.
—Fracturen, neue Methode zur Bestimmung der Prognose (Skinner) 311.
—Fracturen mit Subluxation des Fußes (Toussaint) 392.
—Gegend, primäres Sarkom der Sehnenscheiden der (Boeckel) 200.
Malleolus, der dritte (Destot) 848.
Malum Pottii, Betrachtungen über das (Froelich) 104.
— Pottii, Osteoplastik bei (Kelley) 66.
— Pottii, spastische Paraplegie mit defensivem Hautreflex bei (Auer) 572.
Mamilla am Oberschenkel beim Mann (Dietschy) 663.
Mamma-Amputation bei Carcinom, Methode der Hauttransplantation bei Defekten nach (Bowers) 349.
—Carcinom (Jaboulay) 807; (de Roulet) 579.
—Carcinom, Hauttransplantationsmethode bei Operation des (Halsted) 297.
—Carcinom, Operationen des (Deaver) 578.
—Carcinom, Beziehung zu Reclus' Cystenerkrankung (Etienne u. Aimes) 150.
—Carcinom durch Röntgenbestrahlung geheilt (Lacaille) 432.
—Carcinomrezidiv behandelt mit Röntgenstrahlen (Cumberbatch) 108.
—Defekte, formale und kausale Genese der (Walther) 807.
—Plastik (Weichert) 108.
—, Tuberkulose der (Powers) 348.
—Tumoren mit besonderer Beziehung zum Carcinom (Primrose) 33.
—Tumor, Fall von sechsmal in 30 Jahren rezidivierendem (Greig) 183.
Mandeln s. Tonsillen.
Mandibularanästhesie, äußere (Gadd) 412.
—, Vermeidung übler Folgeerscheinungen (Seidel) 142.
Mandibularis, Nervus, neurolytische Injektion bei Neuralgie des (Corsy) 333.
Manieartige Geistesstörung bei Hirntumor (Cordes) 335.
Mannit, Wirkung von B. typhosus und B. Morgan auf (Bradley) 635.
Mannlicher-Kugelverletzungen in Konstantinopel (Depage) 330.
—Verletzungen s. a. Schußverletzungen.
—Verletzungen auf dem türkischen Kriegsschauplatz (Wieting) 408.
Marions Methode, Behandlung von Urinfisteln nach (Pulido) 707.
Marmorekserum zur Behandlung chirurgischer Tuberkulose (Gourand u. Roederer) 399.
Marwedel, Naht des Harnleiters nach (Melnikoff) 161.
Massage, Behandlung frischer Verletzungen mit (Mennell) 142.
—Behandlung der Wanderniere (Dewaerseggers) 377.
— und Bewegung, Fracturen behandelt mit (Watson) 12.
Mastdarm s. Rectum.
Mastisol (Socin) 207.
—Verband im Balkankrieg (v. Frisch u. Clairmont) 329.
Mastitis, chronische, und Krebs (Etienne u. Aimes) 150.
Mastixverband (Treiber) 20.
Mastoiditis, chronische Bezoldsche, durch Selbstverstümmelung (Nerger) 103.
—, Prognose der Operation der (Hays) 293.
Mastoiditischer subperiostaler Absceß, kompliziert durch perisinuösen Absceß (Hays) 149.
Maxillaris, Nervus, neurolytische Injektion bei Neuralgie des (Corsy) 334.
Meckels Divertikel s. a. Ileus.
— Divertikel s. a. Intussusception.
— Divertikel (Wellington) 117.
— Divertikel, Darmverschluß durch (Bien) 811; (Eustace) 76; (Frischberg) 264; (Muggia) 596.
— Divertikel und seine Komplikationen (Brennecke) 443.
Mediastinal-Carcinom vorgetäuscht durch ein Syphilom (Bensaude u. Emery) 350.
—Teratom (Masson) 690.
Mediastinoperikarditis, mit Kardiolyse behandelter Fall von (Dunn u. Summers) 110.
Mediastinum, Emphysem des, und künstlicher Pneumothorax (Galliard) 808.
—, Verschiebung bei Bronchostenosen (Jacobson) 182.
Megakolon s. a. Hirschsprungsche Krankheit.
—, Behandlung (Pauchet) 598.
—, angeborenes, Studium des (Fago) 461.
Megarectum s. a. Hirschsprungsche Krankheit.
Megasigma congenitum geheilt durch Resektion (Fischer) 42.
—, Fall von (v. Torday) 42.
Megasigmoideum, Resektion nach kombinierter abdominal-perinealer Methode (Pauchet) 120.

Meiostagminreaktion bei malignen Tumoren (Brüggemann) 239.
Melanosarkom des Rectums (Moreau) 272.
Melanotische Sarkome, entstanden durch Reizung von Pigmentnaevi (Gaskill) 175.
Melanotisches Sarkom der vorderen Thoraxwand (Laurenki) 686.
Meloplastik, totale (Lerda) 254.
Meltzersche Insufflation s. a. intratracheale Insufflation.
— Insufflation, Apparat für (Nordmann) 287.
Meltzer-Auer, intratracheale Insufflationsnarkose nach (d'Avack) 289.
Meningeale Blutungen beim Neugeborenen, Ätiologie, Symptome und chirurgische Behandlung (Doazan) 337.
Meningitis, umschriebene, nach Blinddarmentzündung (Chartier) 156.
— behandelt durch Drainage der Cisterna magna (Haynes) 419.
—, Cysticerken-, mit Beteiligung des Rückenmarks (Rosenblath) 419.
—, epidemische, Flexnersches Serum gegen (Hirsch) 574.
—, otogene, Behandlung der (Milligan) 210, 738.
—, otogene seröse, mit septischer Thrombose des linken Seitensinus und der Vena jug. int. (Stockdale) 25.
— durch den Parameningokokkus, behandelt und geheilt durch das Antiparameningokokkenserum (Mery, Salin u. Wilborts) 251.
—, Pneumokokken- (Voisin u. Stévenin) 564.
—, Pneumokokken-, nach calculöser purulenter Cholecystitis und abscedierender Cholangitis (Severin) 191.
—, Pneumokokken-, eitrige (Monier-Vinard u. Donzelot) 427.
—, Pneumokokkus-, infolge Trauma (Kelly u. Glynn) 500.
— serosa (v. Eiselsberg) 734; (Milligan) 210; (Schwartz) 678, 793.
—, tuberkulöse, Entstehung der (Artamonow) 792.
—, tuberkulöse, Liquoruntersuchung bei (Blatteis u. Lederer) 645.
Meningocele des Hinterkopfs (Petit de la Villéon) 212.
— im Nasopharynx (Kisch) 419.
— der Spina bifida (Carrière) 574.
— spuria traumatica, Cephalohydrocele traumatica s. (Smirnoff) 248.
Meningomyelitis, luetische, als traumatische Neuralgie anerkannt (Gruber) 105.
Meniscus, innerer, Subluxation des, im Kniegelenk (Rocher u. Charrier) 486.
Menzers Original-Gonokokkenvaccin, Wirkung bei Gonorrhöe (Erlacher) 164.
Meralgia paraesthetica infolge von Colitis mucomembranacea (Couto) 599.
Merorachischisis (Joseph) 798.
Mesbé bei Behandlung chirurgischer Tuberkulosen, Erfahrungen mit (Butzengeiger) 93; (Michejda) 549.
Mesenterialcysten (Prutz u. Monnier) 440.
Mesenterialdrüsen-Tuberkulose, primäre, vom chirurgischen Gesichtspunkt (Floderus) 691.
Mesenterialgefäße, Obliterationen der (Leotta) 585.
Mesenterium s. a. Netz.
—, malignes Adenomyom des (Ludwig) 585.
—, Versuche des Ersatzes durch Netz (Prutz u. Monnier) 440.
—, Fibrom des (Lenger) 265.
—, Geschwülste des (Prutz u. Monnier) 440.
—, ileocoecale commune, Volvulus des ganzen Dünndarms, des Coecums und Colon ascendens bei (Zahn) 596.
—, Kontusion des (Cotte) 152.
Mesoappendix, Schleimpseudocysten in der (Vecchi) 271.
Mesocolon transversum, peripankreatische Cyste entstanden zwischen den Blättern des (Delfino) 369.
Mesothorium (Weil) 58.
—Behandlung bei Hautkrankheiten (Saalfeld) 97.
Metakarpen, Epiphysenlösung der (Gasne) 484.
Metakresol, Beziehung zu den Proteinen (Cooper) 640.
Metallband, Abklemmung der Carotis communis durch (Stoney) 344.
Metastasen des Knochenmarks, bei Magencarcinom (Harrington u. Kennedy) 240.
—, oberflächliche, bei der Diagnose tiefsitzender Tumoren (Babcock) 141.
Metatarsus, Bruch des 5. (Coues) 232.
—, Luxation des (Young) 488.
Metrorrhagien, Röntgentherapie der (Watrin) 839.
Michelsche Klammern (Flath) 491.
Micrococcus catarrhalis, Infektion des Urogenitaltraktus durch (Siter) 617.
— tetragenus, Infektion durch (Lewenstern) 668.
Mikromykosen (Gougerot) 204.
Mikroorganismen, Variabilität der pathogenen (Bernhardt u. Ornstein) 7.
Mikrosiphonosen (Gougerot) 204.
Milchzucker-Injektion zur Nierenfunktionsprüfung (Schlayer) 828.
Milz, Chirurgie der (Mayo) 655).
—, Beziehungen zur aktiven Geschwulstimmunität (Apolant) 670.
—, Durchbruch eines Magengeschwürs in die (Tanton u. Grenier) 593.
—, Malaria-, Spontanruptur der (Noland u. Watson) 79.
—, Pankreastransplantationen in die (Pratt u. Murphy) 523.
—, normale, Wirkung der Röntgenstrahlen auf (Muzj) 604.
—, Ruptur der, und der Leber (Evans) 80.
—Ruptur, spontane (Johansson) 705.
—, traumatische Ruptur der (Fauntleroy) 227.
—Ruptur durch Trauma bei Typhus (Ishioka) 605.
—, Spontanruptur im Beginn der Schwangerschaft (Martyn) 158.
—Stiel, temporäre Kompression des (Ricci) 468.
—Torsion, einen Ovarialtumor vortäuschend (Whitehouse) 604.
—, Transplantation von Schilddrüse in (Kotzenberg) 576.
—Tumor mit tödlicher Blutung (Ewald) 191.
—, Einfluß auf maligne Tumoren (Oser u. Pribram) 10.

Milz-Tumor, entzündlicher, Spontanruptur eines (Uhlemann) 468.
—Venenthrombose mit tödlicher Magenblutung (Ewald) 468.
—Vergrößerung, Heilung durch Milzexstirpation und Talmasche Operation (Tausini) 299.
—Vergrößerung, Pathologie der (Wilson) 761.
—Verletzungen, Ausheilung von genähten (Guasoni) 467.
Milzbrand, Ansteckungsfähigkeit und Vernichtung des, in Fellen und Häuten (Reichel u. Gegenbauer) 669.
—, menschlicher, konservativ behandelt (Becker) 282.
—Serum (Becker) 282.
—Tumor des Coecums (E. Schmidt) 824.
Mirotworzew, Methode der Ureternaht (Melnikoff) 161.
Mischgeschwülste des Kopfes (Harmer) 340.
Mischnarkose, Einfluß auf die physikalisch-chemische Beschaffenheit des Blutes (Oliva) 207.
Mißbildungen an den Extremitäten, Kasuistik der (Loewenstein) 770.
—, angeborene, kombiniert mit kongenitaler Hüftverrenkung (Hayashi u. Matsuoka) 846.
—, angeborene, in Japan (Hirmoto) 777.
—, angeborene der Nase: Entwicklungshemmung, mediane Gesichtsspalte (Morestin) 102.
— des Unterschenkels (Morestin) 198.
—, seltene, im Urogenitalsystem (Martius) 111.
Mittelfußknochen s. Metatarsus.
Mittelohr-Eiterung, chronische, funktionelles Resultat der Radikaloperation bei (Lawner) 103.
—Entzündung s. Otitis media.
Molluscum contagiosum (Merkel) 633.
Molyform (Lampé u. Klose) 20.
Momburgsche Blutleere, Todesfälle nach (Sternberg) 330.
Momburgsches Verfahren, modifiziertes, zur Blutstillung in der Geburtshilfe (v. Erps) 129.
Morbus Banti s. Bantische Krankheit.
— Basedow s. Basedowsche Krankheit.
— Raynaud s. Raynaudsche Krankheit.
— Recklinghausen s. Recklinghausensche Krankheit.
Morphinäther, Wirkung auf die totale Harnsekretion (MacNider) 638.
Morphium-Äthernarkose bei akuten abdominellen Erkrankungen (Sprengel) 556.
—, Scopolamindämmerschlaf in Verbindung mit (Reichel) 557.
Motaissches Verfahren zur Behandlung der kongenitalen Ptosis (Weekers) 796.
Moures Methode, Osteom des Siebbeins operiert nach (Escat u. Bonzoms) 643.
Mucocele der Appendix (W. Meyer) 271.
Mumps, Mitbeteiligung des Eierstockes bei (Brooks) 530.
Mund, Adenom des (Marx) 681.
—Boden-Dermoide (Hassel) 423.
—, maligne Erkrankungen des (Abbe) 682.
—Höhle, Aktinomykose und Sporotrichose (Zilz) 797.
—Höhle, großer Fremdkörper in der (Miláček) 506.
Mund-Infektionen (Rhein) 253.
—, Mal perforant im (Chompret u. Izard) 570.
—, Mal perforant im, beim Tabiker (Balzer) 570.
—Schleimhaut, Joddesinfektion der (Schuster) 641.
—Winkelgeschwür, Ätiologie (Ischiwara u. Tsukada) 505.
Murphyknopf, Gebrauch zwecks Duodenaljejunostomie nach Gastrojejunostomie (Bartlett) 75.
Musculus biceps brachialis, Geschwulst im (Gibb) 844.
— biceps brachialis, Ruptur des (Marsili) 844.
— biceps, traumatischer Abriß der unteren Sehne des (Rocher) 231.
— glutaeus medius et minimus, Lähmung nach Unfall (Erfurth) 389.
— pectoralis major, Paraffingeschwulst im Gebiete des (Carsnizky) 218.
— popliteus, Endotheliom der Bursa des (Petřvalsky) 487.
— rectus femoris, Ruptur des (Vogel) 847.
— rectus, Verlängerung der Sehne bei Schieloperationen (Harman) 62.
— primäres Sarkom (Carmichael) 84.
— sartorius, Anomalie (Schaeffer) 198.
— tensor fasciae, Anomalie (Schaeffer) 198.
— tensor tympani, Innervation des (Edgeworth) 681.
— tensor veli palatini, Innervation des (Edgeworth) 681.
Muskel-Anomalien an der unteren Extremität (Schaeffer) 198.
—Atrophie, Elektrotherapie der (Mann) 416.
—Dystrophie nach Unfall (Marcus) 90.
—Faser, quergestreifte, Beiträge zur Anatomie und Pathologie (Kroh) 137.
—Fasern, Länge der (Jansen) 666.
—Gewebe, quergestreiftes, Lymphgefäße des (Aagaard) 423.
—Gruppenisolierung zur Beseitigung spastischer Lähmungen (Allison) 843.
—Lähmungen behandelt mit exzentrischer Bewegung (Abercrombie) 201.
—Mechanik, Lehrbuch der (Strasser) 620.
—Plastik, Behandlung der Facialislähmung mit (Hildebrand) 728.
—Sarkom, behandelt durch Excision des Muskels (Fasano) 327.
—Tonus und Muskelkraft bei Läsion des Kleinhirns (Volpe) 642.
Muskulatur, Myomotor zur Behandlung der (Becker) 56.
Mycosis fungoides (Verrotti) 547.
Myelom-Frage (Warstat) 637.
—, multiples (Shennan) 785.
—, multiples, und Bence-Jones Albumose im Urin (Shennan) 785.
Mykose als Ursache wuchernder Geschwürsbildung auf dem Fuß (Brocq, Pautrier u. May) 536.
—, Pseudo- (Brault) 52.
Myom-Behandlung, moderne (Schauta) 478.
— der Cutis und der Subcutis (Sobotka) 785.
—, Röntgenbehandlung bei (Bauer) 383; (Strassmann) 47.
Myomotor, neuer, zur Behandlung der Muskulatur (Becker) 56.

Myoplastik bei Radikaloperation der Leistenbrüche (Ehler) 448.
Myosarkom s. a. Sarkom.
— der Magenwand (Amelung) 590.
Myositis ossificans, Beitrag zur Frage der (Chaikis) 404.
— ossificans, traumatische (Stevens) 90.
— traumatische (Rotky) 405.
Myxödem, Forme fruste des (Buschan) 346; (Saenger) 646
—, Kleinhirnsymptome bei (Söderbergh) 806.
—, kongenitales, mit Thyreoideapräparaten behandelt (Zuber) 806.
—, klinische Vorlesung (White) 218.
Myxom vorgetäuscht durch Tuberkulose der Brustwand (Stéfani) 108.

Nabel-Adenome, Kasuistik und Histogenese (Zitronblatt) 360.
—Brüche, größere und ähnliche Hernien, zur Naht von (Bertelsmann) 153.
—Brüche, Radikaloperation von (Bertelsmann) 153.
—Brüche, klinischer Beitrag zur Radikaloperation (Trazzi) 114.
—Bruchpfortenverschluß durch Fettpfropfung (Chaput) 186.
—Schnurbruch (Usener) 222.
—Steine, sogenannte (Herzenberg) 809.
Nachblutung, Bekämpfung bei chirurgischen Eingriffen der Tonsillen und des Kehlkopfes (Réthi) 798.
Nackendrüsen, tuberkulöse, konservative Behandlung der (Brown) 67.
Nadel, verschluckte, Entfernung aus der Ampulla recti (Frank) 226.
Nadelführer, Rinnenspatel als, bei Hirnpunktion (Payer) 499.
Naevi vasculares, Finsenbehandlung bei (Reyn) 333.
— vasculosi behandelt mit Radium (Bayet) 550.
Nagelextension bei Knochenbrüchen nach Steinmann (Wegner) 772.
—, Steinmannsche (Flath) 491; (Grune) 278; (Turner) 497.
Naht longitudinaler Speiseröhrenwunden (Marsili) 261.
—, subcutane, Verschließung des Endes (Reder) 317.
Narbencontractur des Halses, plastische Operation bei (Morelle) 801.
—, beseitigt durch Z-Plastik (McCurty) 317.
Narkophin, Scopolamindämmerschlaf in Verbindung mit (Reichel) 557.
Narkose s. a. Äthernarkose.
— s. a. Anästhesie.
— s. a. Chloräthylnarkose.
— s. a. Chloroformnarkose.
— s. a. Hedonalnarkose.
— s. a. Stickoxydulnarkose.
— mit Äther, neuer Apparat zur (Beach) 331.
— mittels intramuskulärer Ätherinjektion (Giordano) 330.
— mit Äther, nach vorheriger Injektion von Pantopon-Atropinschwefelsäure (Kisch) 330.
— mit Äther, Technik seiner Darreichung (Bailey) 245.
Narkose, allgemeine (Grunert) 15.
— mit Amylenhydrat (Keppler u. Breslauer) 16.
—Apparat, neuer, der die allgemeine Anästhesie durch alle Anästhetica gestattet (Caillaud) 289.
—Apparat für Chloroform, neuer (Jones) 290.
—, Bromäthyl- (Keppler u. Breslauer) 16.
— mit Chloralhydrat (Keppler u. Breslauer) 16.
—Dämpfe, Vorwärmung (Coburn) 638.
—, elektrokardiographische Studien über (Hecht u. Nobel) 497.
—, Hedonal- (Keppler u. Breslauer) 16; (Moore) 410.
—, Insufflations-, Apparat für (Rogers) 247; (Salzer) 677.
—, Insufflations-, intrapharyngeale (Connell) 676.
—, intravenöse (Grunert) 15; (Keppler u. Breslauer) 16.
—, intravenöse, Erfahrungen mit (Honan u. Hassler) 410.
— mit Isopral (Keppler u. Breslauer) 16.
—, intravenöse Pantopon- (Keppler u. Breslauer) 16.
— mit Paraldehyd (Keppler u. Breslauer) 16.
—, Steifigkeit des Körpers in der (Bean) 244.
— mit Stickoxydul (Keppler u. Breslauer) 16.
—, Untersuchungen über (Kisch) 556.
—Untersuchung, Ruptur eines Abdominalechinococcus während der (Hagenauer) 810.
— mit Urethan (Keppler u. Breslauer) 16.
— vom Verdauungstrakt aus (Dubois) 96.
—Zufälle (Kelley u. Thomas) 245.
Narkoticum, Wahl bei Operationen wegen akut entzündlicher Prozesse in der Bauchhöhle (Sprengel) 556.
Nasalität, Untersuchungen über das Wesen der (Gutzmann) 64.
Nase, Blutungen aus der, Behandlung (Hanszel) 339.
—Bluten, wiederholtes, Heilung durch Röntgenbestrahlung (Triboulet, Weil u. Paraf) 22.
—Deformität, spezifische, ausgeglichen durch Knorpeltransplantation (Morestin) 102.
—Deformitäten, Korrektur von (Marshall) 180.
—Deformitäten und Paraffinprothese (Lagarde) 422.
—, Korrektion der Deformitäten durch intranasale Operationen und Einlegen von Prothesen (Garrel u. Gignoux) 796.
—, plastischer Ersatz durch den Finger (McWilliams) 568.
—, Korrektur der Formfehler der, durch Knochentransplantation (Maljutin) 293.
—Flügel, Knorpelplastik der (Canestro) 24.
—Höhle, Cyste der (Bjalo) 502.
—Höhlenverengerung infolge von Schußverletzung (Bar) 60.
—, angeborene Mißbildung, Entwicklungshemmung, mediane Gesichtsspalte (Morestin) 102.
—Nebenhöhlen, Augensymptome bei Erkrankungen der (Fridenberg) 148.
—, Entwicklung der Nebenhöhlen der (Nicolai) 796.
—Nebenhöhlen bei Kindern, Behandlung der Entzündungen (Oppenheimer) 421.
—, Behandlung eitriger Erkrankungen der Nebenhöhlen der (v. Zur Mühlen) 680.

Nase, bösartige Geschwülste in Nebenhöhlen der (Sędziak) 339.
—Nebenhöhlen, Osteomyelitis infolge von Eiterung der (McKenzie) 234.
—, Beziehungen der Neuritis optica retrobulbaris zu den Nebenhöhlenerkrankungen der (Wertheim) 25.
—Rachenfibrome mit nasalem Ausgang, Fälle von (Texier) 104.
—Rachenraum, Krebs des (Thyne u. Fraser) 254.
—Rachenraum, Leishmaniosis des (Castellani) 502.
—Scheidewand, maligne Tumoren der (Labouré) 64.
—, Schleimhautlupus der (Walb) 422.
—Skelett, diffuse Hyperostose des (Jacques) 569.
Nasopharynx, Meningocele im (Kisch) 419.
Nastin, Behandlung der Lepra mit (Schumacher) 53.
Natrium, nucleinsaures, bei Blutungen (Carnot) 315.
Natron bicarbonicum bei Acidose (Levison) 314.
Nebenhodenentzündung s. Epididymitis.
Nebenhodentuberkulose, ausgelöst durch Verheben oder Erschütterung des Körpers (Roepke) 230.
Nebenhöhlen der Nase, Entwicklung der (Nicolai) 796.
— der Nase, Behandlung der eitrigen Erkrankungen (v. Zur Mühlen) 680.
—Erkrankungen der Nase, Beziehungen zu der Neuritis optica retrobulbaris (Wertheim) 25.
— der Nase, bösartige Geschwülste in den (Sędziak) 339.
Nebennieren, Verhältnis von chromaffiner Substanz und Adrenalin in (Nowicki) 655.
—, Beziehungen zur Epilepsie (Silvestri) 523.
—, Histophysiologie der (da Costa) 469.
— und toxische Infektionen (Marie) 375.
—Insuffizienz (Min) 374.
—Insuffizienz, klinische Bemerkungen über (Lafforgue) 468.
—, Magendilatation als Folge einer Insuffizienz der (Arcangeli) 817.
—Rinde, Entwicklung der (Landau) 374.
—, Veränderungen bei Schwangerschaft und nach Kastration (Kolde) 605.
—Tumor, extrarenaler (Harttung) 303.
—, maligne Tumoren der (Oehlecker) 605.
Nebenschilddrüsen s. Parathyreoideae.
Nekrose des Pankreas (Lattes) 274.
Nematoden, papillomatöse und carcinomatöse Geschwulstbildung hervorgerufen durch (Fibiger) 496.
Nephrektomie bei Echinococcus der Niere (Diamantis) 228.
— wegen Hydronephrose (Malcolm) 609.
—, Ligatur der Nierengefäße als Ersatz der (Kellock) 612.
— bei Nierenblutung (Furniss) 160.
— und Ureterausschaltung (Pérard) 609.
Nephrektomierte, Gravidität bei (Tietze) 766.
—, Schicksal der (Bazy) 611; (Baetzner) 766; (Kümmell) 765.
Nephritiden, Chirurgie der (Pousson) 376.
Nephritis, operative Behandlung (Herz) 469.
— akute toxische, Dekapsulation bei (Tisserand) 80.
Nephritis nach Sublimat, chirurgische Behandlung (Mazel u. Murard) 304.
Nephrolithiasis (Arcelin u. Rafin) 126; (v. Illyés) 377; (Lower) 228; (Smith) 304; (Squier) 831; (Steward) 80.
— bei Kindern (Ollerenshaw) 125.
—, Indikationen zur Pyelotomie bei (Tecqmenne) 832.
— verbunden mit Sarkom der Niere (Drew) 305.
Nephrolithotomie, partielle Hydronephrose nach (Malcolm) 609.
—, mit Erfolg ausgeführt bei kleinen Kindern (Ollerenshaw) 125.
Nephropexie vermittels transplantativer Bildung einer fascialen Aufhängekapsel (Henschen) 612.
—, Fascientransplantation zum Zwecke der (Ach) 701.
—, lumbale, chirurgischer Beitrag (Tenani) 471.
Nephrotomie beim Kaninchen, Resultate (Murard) 471.
Nerven, Nervus.
—Chirurgie (Mitchell) 201.
—Chirurgie, Beiträge zu einer rationellen (Stoffel) 91.
—Einflüsse auf Nierensekretion (Graser) 762.
— facialis im Felsenbein, Resektion des (Robineau) 334.
— facialis, postdiphtherische Lähmung (Wolff) 179.
—Faserdegeneration und Regeneration (Ingebrigtsen) 490.
—Fasern, Regenerationserscheinungen bei Verheilung von (Boeke) 777.
— femoralis, Varietät eines Teiles des (Leggett u. Lintz) 484.
— ischiadicus, Anästhesie des (Babitzki) 289, 640.
— ischiadicus, Chirurgie des (Stoffel) 774.
— ischiadicus, Lage des (Wood-Jones) 627.
— ischiadicus-Stamm, Überdehnung des, als Ursache von Lähmungen bei Extensionsbehandlung (Weichert) 167.
—Kompressionen (Duroux) 626.
—Krankheiten, Beziehungen zu Schädelverletzungen (Mott) 146.
— laryngeus superior, Alkoholinjektion bei Kehlkopfkrebs in den (Bourgeois) 804.
— laryngeus superior, Anästhesierung oder Resektion zur Behandlung der Schluckstörungen Tuberkulöser (Grivot) 216.
— laryngeus superior, neue Behandlungsmethode der Dysphagia dolorosa bei Tuberkulose und Krebs des Larynx durch Resektion des inneren Astes des (Chalier) 29.
—Leitungsanästhesie, Beiträge zur (A. W. Meyer) 787.
— mandibularis, neurolytische Injektion bei Neuralgien des (Corsy) 333.
— maxillaris, neurolytische Injektion bei Neuralgie des (Corsy) 334.
— peronaeus, künstlich herbeigeführte temporäre Lähmung des, zur Plattfußbehandlung (Anzoletti) 48.
— radialis, Beziehungen zum Radio-Humeralgelenke (Jacob) 387.
— radialis-Verletzungen am Unterarm (Bernhardt) 532.

Nerven-Schußverletzungen (Kirschner) 722; (Jurasz) 722.
— supraorbitalis, neurolytische Injektion bei Neuralgie (Corsy) 333.
— suprascapularis, isolierte traumatische Lähmung des (Behrend) 198.
— sympathicus, chirurgische Eingriffe bei Basedow-Erkrankung (Chalier) 430.
— sympathicus, bösartige Neuroblastome des (Landau u. van Duyse) 507.
— sympathicus, Sympathoblastentumor des Halsteiles (Martius) 801.
—System, vegetatives, und Ulcus duodeni (v. Bergmann) 752.
—, Übererregbarkeit der, bei Tetanie (Mac Callum) 578.
—Verletzungen im Balkankrieg (Mühsam) 721.
— vagus, Anästhesie des (Roith) 725.
Netz s. a. Mesenterium.
—Beutel, Beziehungen der gastropankreatischen Falten zum kleinen (Crymble) 74.
—, chirurgische Krankheiten und Verletzungen des (Prutz u. Monnier) 440.
—Entzündungen, chronische Beziehungen zur chronischen Appendicitis und Kolitis (Haller) 584.
—, großes, Funktion des (Stuzer) 809.
—, großes, plastische Fähigkeit des (Greggio) 194.
—Manschette bei Behandlung des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs (Neumann) 593.
—, Schutzwirkungen des (Poddighe) 512.
—Torsion mit und ohne Hernie (Prutz u. Monnier) 440.
Neubildungen s. Geschwülste.
Neuralgie, Hyoscinmorphiumanästhesie bei Alkoholinjektionen wegen (Harris) 564.
—, traumatische, luetische Meningomyelitis anerkannt als (Gruber) 105.
— des Trigeminus, elektrolytische Behandlung (Réthi) 209.
— des Trigeminus, neurolytische Injektionen bei (Corsy) 333.
Neuritiden, ischämische periphere (Duhot, Pierret u. Verhaeghe) 666.
Neuritis, Histopathologie der (Doinikow) 541.
— optica retrobulbaris, Beziehungen zu den Nebenhöhlenerkrankungen der Nase (Wertheim) 25.
Neuroblastom, wiederkehrendes, der Scapulargegend (Symmers) 387.
—, bösartiges, des Sympathicus (Landau u. van Duyse) 507.
Neuroepithelioma gliomatosum (Roman) 211.
Neurolysis mit Fettplastik (Eden) 714.
Neurolytische Injektionen bei Trigeminusneuralgie (Corsy) 333.
— Methoden zur Behandlung der Trigeminus-Neuralgie (Alexander) 791.
Neuromyxofibrosarkomatose, multiple, 4 familiäre Fälle von (Mathies) 785.
Neurosen nach Trauma (Neel) 98; (Raecke) 718.
Nieren, Vergleich der Absonderung beider, miteinander (Lépine u. Boulud) 606.
— und Ureter-Anomalie, kongenitale (Rolleston) 608.
Nieren, Atrophie der (Pillet) 305.
—, nicht arbeitende oder ausgeschaltete (Guiteras) 828.
—Becken, Dilatation und Infektion des (Voelcker) 525.
—Becken, hochgradige Erweiterung des (Alglave u. Papin) 608.
—Beckenentzündungen, Pathogenese und Klinik der (Lindemann) 470.
—Becken, Apparat zur Injektion und Spülung des (Thomas) 178.
—Becken, Einwirkung von Kollargoleinspritzungen auf (Straßmann) 524.
—Becken, Leukoplasie des (Lecène) 377.
—Becken, Neubildungen des (Cumston) 160.
—Beckenschnitt (Arcelin u. Rafin) 126.
—Becken-Uretertuberkulose (Hartmann) 472.
—Beckenwand, vordere, Pyelotomie mit Incision der (v. Illyés) 80.
—Blutungen (Elsner) 608.
—Blutung, einseitige, Ätiologie der (Randall) 657.
—Blutung, aufhörend nach Dekapsulation (Furniss) 161.
—Blutungen, Dekapsulation, Nephrektomie (Furniss) 160.
—Blutung, einseitige, mit Beziehung zur sog. essentiellen Hämaturie (Kretschmer) 124.
—Blutzirkulation (Villandre) 605.
—Carcinom 228.
—Chirurgie (E. O. Smith) 830.
—Chirurgie, Demonstrationen zur (Israel) 611.
—, Einzel- und Hufeisen-, Chirurgie der (Mayo) 829.
—Chirurgie, klinischer Wert und Deutung der Ambardschen Konstante (Legueu) 656.
—Cyste (Thorborg) 706.
—, Cysten-, doppelseitige (Anglada) 378.
—Dekapsulation (Hertz) 469; (Penkert) 377; (Pousson) 376.
—Dekapsulation bei Brightscher Krankheit (Puławski) 46.
—Dekapsulation, einseitige und doppelseitige (Penkert) 377.
—Dekapsulation bei den akuten toxischen Nierenentzündungen (Tisserand) 80.
—Dekapsulation, Nierenfunktion nach der (Lapeyre) 765.
—Dekapsulation, pathologische Physiologie bei der (Ertzbischoff) 830.
—Dekapsulation bei Sublimatnephritis (Mazel u. Murard) 304.
—Dystopie s. Wanderniere.
—, Echinococcuscyste der (Diamantis) 228.
—Entzündung s. Nephritis.
—Erkrankungen s. a. Indigocarminfunktionsprüfung.
—Erkrankung s. a. Kryoskopia.
—Erkrankungen, chirurgische, funktionelle Untersuchung bei (Bromberg) 122.
—Erkrankungen, operative Indikationen und Gegenindikationen (Legueu) 611.
—Funktion, Einfluß der experimentellen chronischen passiven Blutstauung auf (Rowntree, Fitz u. Geraghty) 606.
—Funktion nach der Dekapsulation (Lapeyre) 765.
—Funktionsprüfung s. a. Kryoskopie.

Nieren-Funktionsprüfung s. a. Indigocarminreaktion.
—Funktionsprüfung s. a. Phenolsulfonphthaleinreaktion.
—, Funktionsprüfung der (Schlayer) 828.
—Funktionsprüfung, Wert der Blutkryoskopie für (Krotoczyner u. Hartmann) 192.
—Funktionsprüfung, Methoden der (Smith) 121.
—Funktionsprüfung, Resultate von 200 Chromoureteroskopien mit Indigocarmin als (Thomas) 193.
—Funktionsprüfung, Genauigkeit der Phenolsulfonphthaleinreaktionf ür die (Geraghty) 192.
—Funktionsprüfung durch die Phenolsulfophthaleinprobe (Eichmann) 159; (Erne) 606; (Fromme u. Rubner) 605; (Pepper, Perry u. Austin) 375.
—Gefäße, Ligatur der, als Ersatz der Nephrektomie (Kellock) 612.
—Gefäßsystem (Zondek) 764.
—Gegend, radiologische Befunde am Dickdarm bei Tumoren der (Luger) 473.
—, gonorrhoische Infektion der (Townsend u. Valentine) 228.
—, Entfernung der halben, wegen partieller Hydronephrose (Malcolm) 609.
—, Hypernephrome der (Harttung) 611.
—, experimentelle Infektion der (Pignatti) 469.
—Innervation, Physiologisches über (Lobenhoffer) 763.
—Kolik, Darmverschlußsymptome bei (Quénu) 470.
—, Einwirkung von Kollargoleinspritzungen auf (Straßmann) 524.
—, rechte, Kontusion der (Cotte) 152.
—Operationen,Leitungsanästhesie bei(Kappis)159.
—, plastische Operationen an der (Eliot) 471.
—, polycystische Erkrankung der (Rischbieth u. Crespigny) 609.
—Resektion, partielle, Einfluß auf die Funktion des Organs (Cunningham) 656.
—, Röntgendurchleuchtung der (Nogier) 375.
—Ruptur, subcutane, der (Beall) 161.
—Ruptur, subcutane intrakapsuläre (Hobermann) 304.
—Ruptur, traumatische (Delava) 608.
—, Sarkom der, verbunden mit großem Nierenstein (Drew) 305.
—, Schuß durch (Tourneux) 112.
—Sekretion, Nerveneinflüsse auf (Graser) 762.
—Steine (Smith) 304; (Steward) 80.
—Steine, Bericht über 110 Fälle von (Watson) 124.
—Steine, doppelseitige (Kretschmer) 706.
—Steinerkrankung (v. Illyés) 377; (Karo) 124; (Squier) 831.
—Steine im Kindesalter (Ollerenshaw) 125.
—Stein, Indikationen zur Pyelotomie bei (Tecqmenne) 832.
—Steine, Pseudo-, radiodiagnostisches Studium der (Ponzio) 832.
—Steine im Röntgenbild (Eastmond) 832; (Immelmann) 607.
—Steine, Technik für die Röntgendiagnose der (J. u. L. Ratera) 705.
—Steine, Samenblasensteine unter dem Bilde der (James u. Shuman) 837.
Nieren-Stein, mit Sarkom der Niere (Drew) 305.
—Transplantation (Lobenhoffer) 763; (Mantelli) 304.
—Tuberkulose (Karo) 831; (Marion) 380; (Serés) 227; (Walker) 379.
—Tuberkulose, Behandlung der 124.
—Tuberkulose, operative Behandlung (Voelcker) 767.
—Tuberkulose, Diagnose der, durch mikroskopische Untersuchung des Harnsediments (Brandeis) 380.
—Tuberkulose, neue Methode der Diagnostik (Buerger) 472.
—Tuberkulose, Frühdiagnostik und Frühoperation (Bazy) 610.
—Tuberkulose, isolierte, der einen Hälfte einer anormalen (Dobrotworsky) 194.
—Tuberkulose, Harnblasenausschaltung wegen (Caspar) 527.
—Tuberkulose beim Kind (Rocher u. Ferron) 767.
—Tuberkulose, pathologisch-anatomische Formen (Caelin) 610.
—Tuberkulose, primäre, histologische Untersuchungen (Ferulano) 124.
—Tuberkulose im Röntgenbild (Immelmann) 607.
—Tuberkulose, erstes Stadium (Castaigne) 472.
—Tumoren (Swan) 304.
—Tumoren, bösartige, klinische Daten über (Braasch) 121.
—Tumor, ungewöhnliche Fälle von (Joly) 610.
—Tumoren, Röntgenaufnahme von (Lomon) 470.
—Tumoren, Symptomatologie der (Barney) 610.
—Untersuchung durch Durchleuchtung (Nogier) 607.
—Vene, Einfluß der Unterbindung der, auf Hydronephrosensäcke (Formiggini) 378.
—, Verletzungen der (Cathelin) 194.
—, innere Verletzungen infolge Schlittelsports (Bernhard) 358.
Nonne-Apeltsche Methode zur Eiweißuntersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit (Bisgaard) 255.
— Reaktion (Pari) 149.
Norwegische Scabies, Fall von (Beatty) 323.
Notoperationen (McCollum) 667.
Novocain (Läwen) 18.
—Injektion am Alveolarfortsatz des Oberkiefers, eigenartige Erscheinungen am Auge bei (Garfunkel) 243.
— zur Injektion ins Ganglion Gasseri (Simons) 563.
—Lösungen, Gewebsnekrosen und Arrosionsblutung nach Anwendung alter (v. Gaza) 788.
—, Lumbalanästhesie mit (Chaput) 287.
— bei Paravertebralinjektion, Untersuchungen über (Muroya) 788.
Nucleohiston in bösartigen Geschwülsten und Tuberkulomen (de Veylder) 325.
Nystagmus retractorius, ein cerebrales Herdsymptom (Elschnig) 60.

Oberarm s. Humerus.
Oberkiefer-Brüche (Vogel) 500.
—Höhle, Endotheliom der (Caminiti) 569.
—, Osteomyelitis des, Beziehung zum Kieferhöhlenempyem (Lessing) 678.

Oberkiefer-Sarkom, interessanter Fall von (Schottländer) 249.
—Sarkom, Resektion und Radiumbehandlung (Watson-Williams u. Finzi) 209.
—, Sarkom des, Resektion und Behandlung des Rezidivs mit Radium (Watson-Williams) 249.
—, Teratom des (Goto) 417.
Oberlid, Mitbewegung des, die auch willkürlich hervorgerufen werden kann (Lutz) 24.
Oberschenkel s. a. Femur.
Oberschenkel - Contractur infolge Verbrennung (Moreau) 630.
—, Fibrolipom des (Falcone) 199.
—Mamilla beim Mann (Dietschy) 663.
Obliterationen der Mesenterialgefäße (Leotta) 585.
— der Vena cava inf. (Hébrard) 583.
— der Vena cava superior (Gossage) 218.
Obstipation, chronische, chirurgische Behandlung (Lane) 700; (Eldridge) 520.
—, schwere, operative Behandlung (Schmieden) 700.
Obturatoren bei Gaumenspalte (Gutzmann) 64.
Occipitalgegend, Teratome der (Tourneux) 418.
Ödem, kongenitales familiäres, der unteren Extremitäten (Boks) 628.
Öl zur Verhütung von peritonealen Adhäsionen (Adams) 588.
—Anwendung, intraperitoneale (Momburg) 587.
Oesophagogastroanastomose (Heyrovsky) 349.
Oesophago-Jejuno-Gastrostomose nach Roux (Ach) 433.
Oesophagoskopie (Turner u. Fraser) 257.
—, neues Prinzip in (Lewisohn) 109.
Oesophagotomie (Bassler) 580.
—, mediane, am Halse wegen Fremdkörper (Wurtz) 349.
Oesophagus, kongenitale Atresie des (Brennemann) 432.
—, Atresie mit Verlagerung der Eingeweide (Peterson) 433.
—Carcinom mit Lähmung des Larynx (Yorke) 219.
—Carcinom, Radiumbehandlung des (Guisez) 580.
—Carcinome, reseziert nach Roux (Kümmell) 745.
—Chirurgie (Ach) 433; (Unger) 745.
—Chirurgie, Beitrag zur (Ach) 744.
—Dilatation bei totaler Gastroptose (Rovsing) 39.
—, idiopathische Dilatation des (Heyrovsky) 349.
—, Erkrankung des (Bosanquet) 35.
—Ersatz (v. Fink) 746; (Halpern) 745; (Röpke) 745; (Stieda) 745.
—Fälle, 2 ungewöhnliche (Bassler) 580.
—, Fremdkörper des (Biggs) 434; (Liébault) 511; (Ssakowitsch) 511; (Wurtz) 349.
—, Entfernung eines vor $2^1/_2$ Jahren verschluckten Gebisses (Thomson) 183.
—Wunden, Naht longitudinaler (Marsili) 261.
—, Plastik des (Frangenheim) 34.
—Plastik und Gastrostomie nach Jianu-Roepke (W. Meyer) 458.
—Plastik aus der Magenwand (Galpern) 433.
—Stenose durch Aortenverkalkung (Bassler) 580.
—, kongenitale Stenosen des (Guisez) 646.
—Stenosen, narbige, Behandlung der (Dujon) 349; (Guisez) 34; (Sencert) 109.
—Wand, Alterationen der, verursacht durch Verschlucken von Laugen (Delore u. Arnaud) 817.
Ohnmacht (Goldscheider) 418.
Ohr, septische Allgemeinerkrankungen ausgehend vom (Wolf) 544.
—, Blutungen aus dem (Clement) 26.
—Eiterungen, extradurale Abscesse bei (Gofman) 420.
—, Entwicklungsfehler des (Sak) 422.
—Erkrankung, tuberkulöse (Milligan) 681.
—, Halsabscesse mit Ausgang vom (De Carli) 67.
—Labyrinth, Eiterungen des (Uffenorde) 503.
—Muschel, bilaterales Ekchondrom der (Zografides) 26.
—Muschel, Epitheliom der (Patterson) 797.
—, Schußverletzung des (Kirchner) 103.
—Speicheldrüse s. Parotis.
—, Tuberkulose des (Oertel) 504.
Olecranon, Behandlung der Brüche durch die subcutane Naht (Chaput) 168.
Omentum majus s. Netz.
Onkologische Stellung der sogenannten „verkalkten Epitheliome“ der Haut (Landau) 54.
Oosporosen oder Hautnocardosen (Gougerot) 204.
Operationsfeld, Bakterienflora in der umgebenden Luft und auf dem (Puccinelli) 789.
—, Saugventil zur Reinigung des (Kilgore) 677.
Opsonogen zur Behandlung der Furunculose und der Sycosis coccogenes (Zweig) 318.
Orbita, Argyll-Robertsonsches Phänomen infolge von Trauma der (Velter) 567.
—, Cylindrom der, Entfernung unter Erhaltung des Augapfels (de Obarrio) 338.
—, Exenteration der, Lokalanästhesie bei (Seidel) 338.
—, Fibroangiom der (Shirmer) 643.
—, Fibrom der (Teulières) 148.
—, Fremdkörper in der (Rogers) 148.
—, Verletzung des Sehnerven durch einen Fremdkörper in der (Stevenson) 62.
—, Hämatom der linken, behandelt durch modifizierten Krönlein (Cotterill u. Mackay) 338.
—, Krebsgeschwulst der (Genet) 421.
—Phlegmone ausgehend vom Sinus maxillaris (Lasagna) 502.
—, großer Tumor in der (Bouquet) 24.
—, Tumoren der, und Operationsindikationen (Collins) 338.
Orchitis (De Cortes) 81.
— par effort, angebliche, vor der Pathologie, der Klinik und dem Unfallgesetz (De Cortes) 81.
Organe mit innerer Sekretion, gleichzeitige Erkrankung mehrerer (Levi) 543.
Organotherapie oder Radiotherapie zur Behandlung der Hypophysentumoren (Lenormant) 796.
Orientbeule in der Provinz Palermo (Cipolla) 323.
Ortholaryngoskopie, autostatische (Leroux) 508.
Orthopädie, Operationen ausgeführt in der Abteilung für (Guaccero) 840.
—, therapeutische Erfahrungen und Behandlungsmethoden (Becker) 839.
Orthopädische Chirurgie (Morales) 316.
— Gymnastik (Schulthess) 233.
— Maßnahmen, Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose mit (Oehlecker) 236.
— Prinzipien (Sever) 5.

Ortizon, Wasserstoffsuperoxydpräparat in fester Form (Strauß) 289.
Os naviculare des Handgelenks, Fracturen (Wallace) 626.
— naviculare des Handgelenks, Luxation des, volarwärts mit radialer Handluxation (Speck) 844.
— naviculare pedis, isolierte Fractur des (Grune) 312.
— naviculare, pedis Fracturen des, vorgetäuscht durch os tibiale externum (Mouchet) 632.
— naviculare pedis, Köhlersche Erkrankung des (Wohlauer) 88.
Osmiumsäure bei Pseudarthrose und bei mangelhafter Verknöcherung von Knochenbrüchen (Onorato) 206.
Osteoarthropathie der Wirbelsäule (Jones) 426.
Osteoblasten, Ursprung der (Geddes) 49.
Osteochondritis deformans juvenilis (Perthes) 774.
Osteoclasten, Ursprung der (Geddes) 49.
Osteogene Exostosen, Fall von mehrfachen (Rathery u. Binet) 171.
Osteome vor dem Hüftgelenk (Lejars) 279.
Osteom des Siebbeins, nach der Methode Moures operiert (Escat u. Bonzoms) 643.
—, traumatisches, der Lendenwirbelsäule nach Hufschlag (v. Sury) 572.
Osteomalacie (Tixier u. Röderer) 318.
—, Ätiologie und Therapie (Stocker) 491.
— und Geisteskrankheit (Imhof) 50.
— in Japan (Ogata) 4.
—, Wesen und Behandlung (de Snoo) 91.
Osteomusculäre Dystrophie mit Zwergwuchs (Tixier u. Röderer) 317.
Osteomyelitis (M'Gannon) 778.
—, akute (Allen) 667.
—, akute hämatogene, Pathogenese der (Dumont) 778.
—, chronische, am unteren Femurende (Frangenheim) 630.
—, chronische, nicht eitrige hämorrhagische (Barrie) 319.
— infolge von Eiterung der Nasennebenhöhlen (McKenzie) 234.
—, eitrige posttyphöse, 13 Jahre nach einer Attacke von Typhusfieber (Tubby u. Hicks) 165.
—, seltene Formen (Fasano) 546.
— vorgetäuscht durch hämophile Gelenkentzündung (Mery, Salin u. Wilborts) 663.
—, multiple und rezidivierende (McGuire) 53.
— des Oberkiefers, Beziehung zum Kieferhöhlenempyem (Lessing) 678.
—, Röntgenaufnahme bei (Broca u. Philbert) 791.
— durch Sporotrichose (Mauclaire) 284.
— des Stirnbeines mit Hirnabsceß (Lübbers) 209.
— der Tibia, behandelt durch Fetttransplantation (Chaput) 311.
—, typische, bei einem Säugling (Etienne u. Aimes) 546.
— typhosa, Pathologie (Rogers) 573.
Osteoplastik, freie, Anwendung in der Fixation des paralytischen Fußes (Frattin) 312.
— bei Pottscher Krankheit (Kelley) 66.
— in der Behandlung der Pseudarthrosen (Charbonnel u. Parcelier) 278.
Osteoplastische epiphysäre Amputatio tibiae sub genu (Franke) 136.
Osteotomie, bogenförmige (Streißler) 772.
— mittels elektrischer Kreissäge (Künne) 247.
Ostitis chronica hypertrophica ohne Absceß und Nekrose (Lejars) 632.
—, rarefizierende, nach Trauma (Mauclaire) 405.
Otitis, eitrige, Behandlung der (Pech) 415.
— media, Kleinhirnabsceß nach chronischer eitriger (Venin) 212.
— Großhirnabscesse, Pathologie und Klinik (Haymann) 100.
Otitische Halsabscesse (De Carli) 67.
— Hirnabscesse (Michaelsen) 420.
— intrakranielle Komplikationen, Augenhintergrund bei (Ferreri) 564.
— Meningitis (Milligan) 210, 738.
— seröse Meningitis mit septischer Thrombose des linken Seitensinus und der Vena jug. int. (Stockdale) 25.
— Pyämie, Jugularisunterbindung bei (Rosenblatt) 504.
Otorrhöe geheilt durch Operation und Wrightsche Vaccination (Labouré) 569.
Ottosche Protrusion des Pfannenbodens (Breus) 389.
Oudinsche Hochfrequenz-Ströme bei Blasentumoren (Harpster) 306.
Oudin, Kondensatorelektrode von, Wirkung der (d'Almeida) 97.
Ovarialfibrom, Laparotomie wegen eines (Le Moniet) 385.
Ovarialtumor vorgetäuscht durch Milztorsion (Whitehouse) 604.
Ovarien, chronische Appendicitis und kleincystische Degeneration der (Lapeyre) 699.
Ovarium, bandförmiges, bei persistierender wahrer Kloake (Martius) 111.
— bei Mumps, Mitbeteiligung des (Brooks) 530.
—, Sarkom des, Heilverfahren (Seeligmann) 619.
Oxalsaurer Kalk, Nierensteine aus, im Röntgenbild (Immelmann) 607.
Oxyformolimprägnation (Braunberger) 560.
Oxyuren-Appendicitis, Fall von (Garin u. Chalier) 653.
— als Erreger der Appendicitis (Rheindorf) 367.
Ozaena, Paraffinbehandlung der (Samojleuko) 422.
—Therapie, Technik der submucösen Paraffininjektionen bei (Caldera) 64.

Pachymeningitis haemorrhagica. Blutungen bei (Fornaseri) 336.
Pagetsche Knochenkrankheit (Marie) 500.
— Knochenkrankheit, Ätiologie (Esmein) 550.
— Knochenkrankheit, Beteiligung der Extremitäten, der Hände und Füße bei (Léri) 129.
— Knochenkrankheit und hereditäre Syphilis (Etienne) 400.
— Knochenkrankheit syphilitischen Ursprungs, behandelt mit Neosalvarsan (Dufour u. Bertin-Mourot) 400.
— Knochenkrankheit und Wassermannsche Reaktion (Lesné) 234; (Souques u. Vallery-Radot) 171; (Souques) 234.
— Krankheit der Brustwarze (Gaarenstroom) 349.
Palpation des Wurmfortsatzes (Bjalokur) 302.
Panaritium-Behandlung (Chaton) 711.

Panaritium, verursacht durch Schweine-Rotlauf-bacillus (Mauclaire) 202.
Pankreas-Affektionen (Friedrich) 696.
—, Apoplexie des (Slawinski) 704.
—Carcinom, primäres (Gellé) 227.
—Cyste (Cholmeley) 467.
—Cysten mit akuten Symptomen (Frankau) 467.
—, Verhalten beim Darmverschluß (Santini) 45.
—, akute Entzündung (v. Fáykiss) 157; (Mac Lennan) 78; (Nagy) 374.
—Erkrankungen, Behandlung (Cohnheim) 603.
—Erkrankungen, chirurgische Behandlung der (Wolff) 78.
—Fermente untersucht mittels eines einfachen Duodenalkatheters (Hess) 362.
—Funktion, Diagnose durch Fermentanalyse des Duodenalinhaltes und der Stühle (Crohn) 603.
—Hämorrhagie (Knape) 603.
—, Lymphangitis des (Deaver) 303.
—Nekrose (Galliard u. Chifoliau) 374; (Lattes) 274; (Simmonds) 604.
—Nekrose, akute, und Cholecystitis, Zusammenhänge (Nordmann) 704.
—Quetschungen (Hagedorn) 274.
—Saft im Magen (Krylow) 813.
—, Sekretion in der Darmschleimhaut nach Totalexstirpation des (Hédon u. Lisbonne) 603.
—, Sekretion des (Hustin) 523.
—Sekretion bei Adrenalin-Glucosurie (Paglione) 523.
—, innere Sekretion des (Gellé) 45.
—Steine (Glässner) 120.
—Transplantationen in die Milz (Pratt u. Murphy) 523.
—, tuberkulöse Cyste, wahrscheinlich ausgehend vom (J. M. u. E. M. Mason) 191.
—Vergiftung (Lattes) 274.
—Verletzungen (Lattes) 274.
Pankreatitis, Entstehung der akuten (Arnsperger) 761.
—, 3 Fälle von (MacLennan) 78.
Pantopon (v. Boltenstern) 639.
—Atropinschwefelsäure, vorherige Injektion bei Äthertropfnarkose (Kisch) 330.
—Injektion, anteoperative (Tourneux u. Ginesty) 16.
—Narkose, intravenöse (Keppler u. Breslauer) 16.
—Scopolamindämmerschlaf (Kasashima) 246.
—, Scopolamindämmerschlaf in Verbindung mit (Reichel) 557.
Papilla duodeni, Carcinom der (Clermont) 654.
— duodeni, Radikaloperation des Carcinoms der (Lenormant) 273.
— duodeni, methodische Dilatation der, und die Choledochoduodenaldrainage (v. Hofmeister) 44.
— duodenalis, Tumoren an und neben der (Binda) 827.
— optica, Geschwulst der (Sulzer u. Rochon-Duvigneaud) 568.
Papillom der Blase, chirurgische Behandlung (Watson) 476.
— der Blase, cystoskopisch diagnostiziert (Negrete) 229.
— der Blase, Hochfrequenzkauterisation bei Behandlung der (Binney) 833.
Papillom des Larynx (Bourgeois) 344.
— des Larynx, diffuse, Laryngostomie zur Behandlung der (Fontaine) 803.
Parafs Verfahren zur Schnelldiagnose der Nierentuberkulose (Serés) 227.
Paraffinbehandlung der Ozaena (Samojleuko) 422.
Paraffin-Geschwulst im Gebiete des Musc. pectoralis major (Carsnizky) 218.
—Injektion, submuköse, bei der Ozaenatherapie (Caldera) 64.
—Prothese und Deformitäten der Nase (Lagarde) 422.
Paraldehyd-Injektionen, intravenöse, anästhesierende Wirkung von (Noel u. Souttar) 16.
—Narkose (Keppler u. Breslauer) 16.
—, Tetanusheilung durch intravenöse Einspritzungen von (Atkey) 283; s. a. Magnesiumsulfat.
Paralytischer Fuß, Osteoplastik zur Fixation des (Frattin) 312.
Parameningokokkus, Cerebrospinalmeningitis verursacht durch, behandelt und geheilt durch das Serum von Dopter (Salin u. Reilly) 251.
—, Meningitis durch den, behandelt und geheilt durch das Antiparameningokokkenserum (Mery, Salin u. Wilborts) 251.
Paraplegie, spastische, mit defensivem Hautreflex bei Malum Pottii (Auer) 572.
Paratyphosus-B-Bacillus in einem Pleuraexsudat (Frank) 110.
Paratyphus, Durchbruch des Dünndarms bei (Chevrier) 365.
— B, Leber- und Bauchdeckenabsceß, entstanden durch (Pujol) 372.
Parathyreoidea und Kropf (Lenormant) 429.
— und Leber, Wechselbeziehungen zwischen (Morel) 347.
— bei Myxödem (White) 218.
Parathyreoideae, ihre Funktion im intrauterinen Leben (Werelius) 347.
—Preßsaft zur Behandlung der Epilepsie (Bolten) 335.
Paravertebralinjektion, Untersuchungen über Novocain bei (Muroya) 788.
Parenchymatöse Organe, definitive. Blutstillung bei Resektion von (Caponetto) 583.
Parenchymembolien, Kasuistik (Abrikossoff) 490.
Paresen in der unteren Extremität (Goldthwait) 214.
—, gastro-enterische (Pilcher) 445.
— der Muskel, behandelt mit exzentrischer Bewegung (Abercrombie) 201.
— des Musculus glutaeus medius et minimus nach Unfall (Erfurth) 389.
Parotis s. a. Speicheldrüsen.
—, erste Entwicklungsstadien der (Moral) 340.
—, halbseitige angeborene Hypertrophie der, lymphangiomatösen Ursprungs (Rocher) 98.
—, Topographie der (Delmas u. Puyhaubert) 570.
—Tuberkulose, Studium der (Loumaigne) 504.
—Tumoren (Harmer) 340.
Parotitis, Pneumokokkenperitonitis, aufgetreten im Verlauf einer (Sympson) 589.
—, postoperative (Valentin) 291.
Parovarialcyste im Epigastrium bei einem Kinde (Deane) 839.

Passavantsche Wulst (Neumann) 341.
Patella, Kasuistik der Refracturen der (Nespor) 199.
— patellaeligamentum, Riß (Luckett) 168.
Patellarfracturen, Behandlung (Lejars) 534.
—, neue Methode der Behandlung (F. Schultze) 847.
—, Behandlung der, durch die subcutane Naht (Chaput) 168.
— und Tabes (Le Dentu) 631; (Spencer) 86.
Patellarluxation, rezidivierende (Nageotte-Wilbouchewitch) 534.
Pathologie, allgemeine (Jores) 489.
Pemphigusartiger Hautausschlag bei Streptococcen-Septico-Pyämie (Nicolas, Moutot u. Gaté) 544.
Penis-Carcinom, operative Behandlung (Zoarski) 661.
—, Fibrom des (Desgouttes) 530.
—, Gonorrhöe eines akzessorischen Ganges am (Lenartowicz) 276.
—, akzessorische Gänge am, und ihre gonorrhöische Erkrankung (Hübner) 661.
—Loge, gangräneszierende Phlegmone bei Diabetes (Brault) 382.
—Plastik (Jansen) 618.
—Teil der Harnröhre, Verletzung durch Schwefelsäure (Michon) 307.
Peptisches Geschwür, s. Ulcus pepticum.
Peptonpasten-Verband bei Varicenbehandlung (Fritsch) 166.
Perforation des Magenkrebses (Jaisson) 267.
Perforationsperitonitis durch Darmgeschwüre von Paratyphus B (Grenier) 459.
— bei Magen- und Duodenalgeschwür (Corner) 455; (Kulenkampff) 154; (Simon) 363; (Wetterstrand) 593.
— durch Typhusgeschwüre (Cole) 459.
Perforiertes Magen- und Duodenalgeschwür s. Magengeschwür, Duodenalgeschwür und Perforationsperitonitis.
Pericard, Chirurgie des (Rehn) 219.
—Defekt, Fälle von (Plaut) 110.
—, Drainage bei Herzwunden (Lucas) 151.
—, Physiologie und Pathologie des (Rehn) 690.
—, Stichverletzung des (Fowelin) 355.
Periduodenitis (Haudek) 751.
Perigastritiden, Schädigungen des muskulösen Magens nach (Bériel u. Gardère) 649.
Perineale Prostatectomie, sofortige Naht bei (Hertzler) 128.
Perinephritische Phlegmone beim Kind (Thévenot) 305.
Perineum, Lipome des (Saviozzi) 649.
Periodontische Erkrankungen, Zusammenhang mit Drüsenerkrankungen der Kinder (Mex) 570.
Periosteotom für Gaumenspaltenoperationen (Cates) 499.
Periostitis des Schläfenbeins otogenen Ursprungs, Fälle von (Delobel) 248.
Peripankreatische Cyste, entstanden zwischen den Blättern des Mesocolon transversum (Delfino) 369.
Peripharyngeal- und Mandelabsceß (de Vaugiraud) 26.
Periphere Erkrankung, operative Heilung von, die einen schädlichen Einfluß auf das Zentralnervensystem ausüben (Ruggi) 50.
Perirenales Hämatom nach Scharlach (Hering) 46.
Perisinuöser Absceß, Operation, Heilung (Hays) 149.
Peristaltin zur Nachbehandlung Bauchoperierter (v. Brunn) 691.
Peritheliom, zur Frage des sog. (Zembrzuski) 95.
Peritoneal-Adhäsionen, Experimentalarbeit über (Adams) 588.
— Falten, fötale, von Jonnesco, Treves und Reid (Eastman) 823.
— Infektionen, akute, Beobachtungen bei (Gray) 38.
—Spülung mit Äther (Morestin) 361; (Souligoux) 361.
—Tuberkulose, operative Behandlung (Hoevel) 589.
—Tuberkulose, operative und nichtoperative Behandlung (Kümmell) 588.
—Tuberkulose mit Schrumpfung der Gallenwege (Mouisset u. Gaté) 812.
— Wundbehandlung (Kamver) 692.
Peritoneum, Cystenbildung des, bei Tuberkulose (Geipel) 113.
— beim menschlichen Foetus (Reid) 596.
—, Vorbehandlung mit Kalkwasser (Schepelmann) 38.
—, Physiologie und Pathologie des (Lippens) 112.
—, freie Transplantation des (Friedemann) 361; (Hofmann) 265, 649.
Peritonitis (Dobbertin) 269.
—, allgemeine eitrige, durch Bandwurm (Danielsen) 447.
—Behandlung (Schepelmann) 38.
— biliaris, Beobachtungen eines Falles von (Salager u. Roques) 112.
—, allgemeine Darmfistel bei (Lewicki) 113.
—, akute, infolge Durchbruchs der Tube (Duvergey) 479.
—, akute generalisierte, appendicitischen Ursprungs mit Ikterus kompliziert (Roussiel) 361.
—, postoperative, Vorbeugung bei verschmutzten Laparotomien (v. Herff) 185.
—, tuberkulöse, Cystenbildung bei (Geipel) 113.
—, tuberkulöse, Ursache von Darmverschluß (Kirmisson) 186.
—, tuberkulöse, Fall von (Edén) 812.
—, tuberkulöse, Heliotherapie bei (d'Oelsnitz) 38.
—, tuberkulöse, Laparotomie bei (Pantzer) 515.
Perityphlitis s. Appendicitis.
Periurethrale und urethrale Steinbildung (Pedersen) 528.
Perivesicale Phlegmone prostatischen Ursprungs (Legueu) 197.
Permanganatprobe bei Urin Tuberkulöser (Weisssche Probe) (Vitry) 194.
Perniziöse Anämie s. Anämie, perniciöse.
Perone-Defekt, angeborener (Tecqmenne) 310.
Pes, Luxation des, sub talo (Grune) 312.
— plano-valgus, Pathogenese (Ghillini) 632.
— planus, Röntgenuntersuchungen des (Baisch) 87.
—, Pronationsluxation des (Bindi) 391.

Pes valgus s. Plattfuß.
— varus s. Klumpfuß.
Pest, neuere Forschungen über die Epidemiologie (v. Lewin) 53.
Pfählungsverletzungen (Orthner) 206.
Pfählungsverletzung des Mastdarms und Sigmoideum (Bichat u. Job) 464.
Pfannenboden, Ottosche Protrusion des (Breus) 389.
Pfeifferscher Pseudotuberkulosebacillus (Saisawa) 319.
Pfeilerresection der Rippen zur Verengerung des Thorax bei Lungentuberkulose (Wilms) 260.
—, thoracoplastische, bei Lungenerkrankungen (Wilms) 435.
Pferdeserum, Blutung behandelt mit lokaler Anwendung von (Levison) 541.
Pfortadersystem, Ableitung des überfüllten durch Omentopexie (Villard u. Perrin) 51.
Phagocytose und Diapedese der Leukocyten (Onimus) 633.
Pharm kologische Einflüsse auf den Darm bei physiologischer Versuchsanordnung (Katsch) 115.
Pharyngectomie (Goris) 572.
Pharynx, tödliche Blutung aus dem (Rolleston) 425.
—Tuberkulose, akute miliare (A. Meyer) 572.
Phenol und seine Derivate, Beziehungen zu den Proteinen (Cooper) 640.
Phenolsulfonphthaleinprobe s. a. Indigocarminprobe.
— s. a. Kryoskopie.
—, Ergebnisse der (Pepper, Perry u. Austin) 375.
— zur Nierenfunktionsprüfung (Eichmann) 159; (Fromme und Rubner) 605; (Smith) 121.
— zur Nierenprüfung nach Rowntree und Geraghty (Erne) 606.
Phenolsulfonphthaleinreaktion, ihre Genauigkeit (Geraghty) 192.
Phlebitis (Burnham) 314.
—, typhöse, latente Formen (Gouget) 283.
— beim Unterleibstyphus (Sabella) 172.
— bei Uterusgeschwülsten (Duvergey) 388.
Phlegmone des Armes mit scharlachähnlichem, infektiösem Exanthem (Etienne u. Aimes) 171.
—, Holz-, mit Antistreptokokkenserum Aronson behandelt (Thedinga) 318.
—, Holz-, der Bauchwand (Grant) 811.
—, diffuse perivesicale, prostatischen Ursprungs (Legueu) 197.
—, perinephritische, beim Kind (Thevenot) 305.
—, gangräneszierende, der Penisloge bei Diabetes (Brault) 382.
Phlegmonöse Enteritis im Duodenum (Frising u. Sjövall) 268.
Phobrol „Roche", neues Desinfektionsmittel (Kantorowicz) 560.
Phosphacid nach Romanowsky, Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit (Djedoff) 669.
Phosphorgehalt verschiedener Organe bei thyreoidektomierten Tieren (Juschtschénko) 69, 217.
Phrenicuslähmung nach lokaler Anästhesie des Plexus brachialis (Klauser) 725; (Sievers) 412; (Stein) 788.
Phrenicotomie zur Beeinflussung von Lungenerkrankungen (Sauerbruch) 581.
Phthise, tuberkulöse, Hartsche Lehre von der mechanischen Disposition der Lungen zur (W. H. Schulze) 581.
Physikalische Therapie, heutiger Stand der (Weil) 58.
Physiologie des Gehaktes (Momburg) 312.
— des Magens (Carlson) 516.
Physiologische Chirurgie (Klapp) 777.
Physiotherapie der Kriegsverletzten (Miramond de la Roquette) 787.
Piablutungen, Beziehung zur Sinusthrombose (Vorpahl) 60.
Pigment-Ablagerung, physiologische, in den Capillarendothelien des Knochenmarks (Brass) 393.
—Entstehung im Hinterlappen der menschlichen Hypophyse (Jonnesco) 212.
—Naevi, melanotische Sarkome, entstanden durch Reizung von (Gaskill) 175.
Pilimiktion und Pseudotrichiasis der Blase (Heller) 162.
Pinzetten, Fingergriffe der (Harman) 145.
Pinzette, mit verbessertem Griff und nichtschneidender Spitze (Copeland) 145.
Pistolen, automatische, vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt (Leclercq, Guénez u. Noailles) 327.
Plasmocytom, multiples, der Knochen (Warstat) 637.
Plastik der Brustdrüse (Weichert) 108.
— des Ellenbogengelenkes bei veralteter Luxation (Bogoras) 279.
—, freie, der Fascia lata (Lucas) 396.
—, Fett-, zur Tendo- und Neurolysis (Eden) 714.
— der äußeren männlichen Geschlechtsorgane (Bonamy u. Dartigues) 230.
— der männlichen Harnröhre (Kljutscharew) 768.
— der Harnröhre durch die Vena Saphena (Mühsam) 769.
— der Knochen bei Pseudarthrose der Tibia (Vulpius) 848.
— der Muskeln zur Behandlung der Facialislähmung (Hildebrand) 728.
— der Nasenflügel (Canestro) 24.
— des Oesophagus (Frangenheim) 34; (Halpern) 745; (Stieda) 745; (Röpke) 745.
—, Osteo-, freie, Anwendung bei paralytischem Fuß (Frattin) 312.
— des Penis (Jansen) 618.
—, Cleido-, aus der Spina scapulae (Molineus) 310.
— der Wange (Lerda) 254.
Plastische Operation der kongenitalen Mißbildung des Gehörorgans (Kosokabe) 339.
— Operation bei Narbencontractur des Halses (Morelle) 801.
— Operationen (Z-Plastik) zur Beseitigung von Narbencontracturen (McCurdy) 316.
Plastischer Ersatz der Speiseröhre (v. Fink) 746.
Plattfuß (Lance) 712; (Momburg) 312.
—, Bau und Mechanik des normalen Fußes und des (Baisch) 87.
—Behandlung durch Keilexcision des Knochens (Müller) 776.
—, operative Behandlung des (Wilms) 776.

Plattfuß, Behandlung des reflektorisch-spastischen (Anzoletti) 48.
—, unblutige Behandlung (Dreesmann) 488.
—, statischer, Beitrag zur Frage (Malis) 535.
—, Ursachen des (Ewald) 280.
Platzpatronen, Verletzungen durch (Kartaschewsky) 95.
Pleura-Empyem (Lawrow) 298.
—Empyem, doppelseitiges, geheilt durch doppelte Thoracotomie (Bozzotti) 151.
—Exsudat, Bacillus paratyphosus B in (Frank) 110.
—Exsudat nach artifiziellem Pneumothorax (Montgomery) 582.
—Höhle, Resorption von Flüssigkeiten aus der (Naegeli) 511.
—Resorption (Boit) 511.
—, Ruptur ohne Rippenbruch (Bhagwât) 350.
—Sarkome (Bernard) 35.
—, Stichverletzung der (Fowelin) 355.
Pleuritiden, eitrige (Roussiel) 580.
Pleuritis exsudativa, neuer Beitrag zur radikalen Heilung (D'Auria) 183.
—, fibrinöse, Autoserotherapie bei (Fishberg) 807.
Pleuritische Ergüsse nach Pneumothorax (Nardi) 262; (Pisani) 262.
— Komplikationen bei künstlichem Pneumothorax, Behandlung (Jaquerod) 436.
Plexus-Anästhesie nach Kulenkampff, Phrenicuslähmung bei (Sievers) 412; (Klauser) 725; (Stein) 788.
— brachialis s. a. Leitungsanästhesie.
— brachialis, Anästhesierung nach Kulenkampff (Babitzki) 559; (Neil u. Crooks) 288.
— chorioidei, Funktion der (Goldmann) 729.
Pneumatosis cystoides intestinorum, Fall von (Mjassnikoff) 597.
Pneumaturie und scheinbares Aufhören der Glykosurie bei blasenkranken Diabetikern (Teschemacher) 658.
Pneumobacillus Friedländer, Fall von Septicämie durch den (Valette u. Ramond) 138, 492.
Pneumokokken, abgetötete virulente, Reaktion der Lunge auf intrabronchiale Insufflation von (Wollstein u. Meltzer) 746.
—Meningitis (Voisin u. Stévenin) 564.
—Meningitis nach calculöser purulenter Cholecystitis und abscedierender Cholangitis (Severin) 191.
—Meningitis, eitrige (Monier-Vinard u. Donzelot) 427.
—Meningitis infolge von Trauma (Kelly u. Glynn) 500.
—Peritonitis, aufgetreten im Verlauf einer Parotitis (Sympson) 589.
—Sepsis nach calculöser purulenter Cholecystitis und abscedierender Cholangitis (Severin) 191.
Pneumonie und Appendicitis, Differentialdiagnose (Boehme) 821.
Pneumothorax s. a. Forlaninis Operation.
— (Baer) 184; (Wilms) 260.
—, Blutzirkulation in der Lunge bei (Binet, Desbouis u. Langlois) 434.
—, künstlicher (Knopf) 689; Piéry u. Le Bourdellès) 184; (Sorgo) 352.
—, künstlicher, Behandlung der Lungentuberkulose mit (Pekánovits) 435; (Rénon) 352.
Pneumothorax, künstlicher, Beobachtungen (Trevisan) 647.
—, künstlicher, und Emphysem des Mediastinums (Galliard) 808.
—, Entwicklung eines künstlichen (Balvay u. Arcelin) 107.
—, künstlicher, Erfahrungen mit (Hymans v. d. Bergh, Josselin de Jong u. Schut) 353.
—, künstlicher, und Lungenkollapstherapie (Scherer) 689.
—, künstlicher, Pleuraexsudat infolge von (Montgomery) 582.
—, künstlicher, pleuritische Ergüsse nach (Nardi) 262; (Pisani) 262.
—, künstlicher, pleuritische Komplikationen bei (Jaquerod) 436.
—, künstlicher und spontaner (Koch) 582.
—, künstlicher, Technik (Bang) 688.
—, künstlicher, Technik und Resultate (Lapham) 688.
—, latenter, röntgenographisch nachgewiesen bei 2jährigem Kinde (Variot, Barret u. Sédillot) 582.
— als Behandlungsmittel bei Lungenerkrankung (Hamman u. Sloan) 351.
—Therapie (Aron) 353.
—Therapie der Lungentuberkulose, Indikationen der (v. Jagic) 151.
— der Tuberkulösen (Bernard) 511; (Rosenthal) 299.
Pneumotomie wegen Fremdkörpers, Fall von (Kellock) 151, 350.
Pollakiurie als Symptom einer kongenitalen Enge des Harnröhrenendes (Ducastaing) 229.
Polycystische Erkrankung der Nieren (Rischbieth u. Crespigny) 609.
Polydactylie, Fall von (Ceccherelli) 388.
—, beiderseitige, des Fußes (Marsiglia) 392.
Polyneuritis der unteren Gliedmaßen nach Hämorrhagie (Duhot, Pierret u. Verhaeghe) 846.
Polypen des Mastdarms, Blutungen aus (Mocquot) 826.
Polyposis des Duodenums (Friedrich) 696.
Polyurie bei Hypophysiserkrankung (Simmonds) 252.
Postdiphtherische Facialislähmung (S. Wolff) 179.
— Lähmung mit psychischer Alteration (Duncker) 780.
Postnarkotische Magenlähmung (Steinthal) 817.
— Störungen (Chauvin u. Deconomos) 286.
Postoperative akute Magendilatation, Pathogenese (Arcangeli) 817.
Posttraumatische Psychosen (Wohlwill) 672.
Pottsche Krankheit s. Malum Pottii.
Präaurikuläres Epitheliom, tiefes (Morelle) 563.
Präcipitinreaktion bei Lungenechinococcus (Behrenroth) 35.
Priapismus, prolongierter, chirurgische Behandlung (Warms u. Hamant) 838.
Primäres Lungencarcinom (Lombardo) 262.
Processus mastoideus, seröse Cyste des (Breyre) 503.
— vermiformis s. Appendix.
Prolapsus recti (Fieschi) 462.
Pronationsluxation des Fußes (Bindi) 391.
Pronation des Vorderarms bei traumatischen Verletzungen (Destot) 165.

Properitoneale Hernie, eingeklemmte, nach Laparotomie (Clément) 516.
Prostata-Adenome, Wachstumszentren (Simpson) 429.
—, Altershypertrophie der, frühzeitige Prostatectomie oder konservative Behandlung (Guépin) 769.
—Atrophie, Chirurgie der (Posner) 660.
—Carcinom, suprapubische Cystostomie, Indikation bei (Cumston) 836.
—Carcinom, Verfahren für die ausgiebige Exstirpation des (Gayet, Champel u. Fayol) 614.
—Carcinom, inoperables, Vasektomie bei (Tytgat) 615.
—Chirurgie, Bemerkungen zur (Brickner) 836.
—Erkrankungen (Hutchinson) 836.
—Erkrankungen, nervöse Phänomene bei (Dercum) 308.
—Extrakt, menschlicher, Wirkung auf Blase und arteriellen Blutdruck (Battez u. Boulet) 81.
—, menschliche, bei der Geburt (Lowsley) 528.
—, Einfluß der Hodenbestrahlung auf (Zindel) 615.
—Hypertrophie, Diagnose und Behandlung (Krüger) 382.
—Hypertrophie, Radikaloperation (König) 382.
—Kranke, Untersuchung von (Englisch) 769.
—, diffuse perivesicale Phlegmone, ausgehend von (Legueu) 197.
—, Riesenzellenbildung in (Wilke) 257.
—Ringmesser für die suprapubische Prostatectomie (Grunert) 145.
—Steine, 2 Fälle von (Thompton) 197.
— und Blasensteine als Komplikation der transvesicalen Prostatectomie (Fowler) 835.
—, Tuberkulose der (Götzl) 659.
Prostatectomie, frühzeitige, bei Altershypertrophie der Prostata (Guépin) 769.
—, Kapseln zur Nachbehandlung von (Wossidlo) 97.
—, perineale, sofortige Naht bei (Hertzler) 128.
—, Prostata- und Blasensteine als Komplikation der transvesicalen (Fowler) 835.
—, suprapubische (Fullerton) 308; (Maugeais) 277.
—, suprapubische, die Mortalität beeinflussende Momente bei der (Martin) 834.
—, suprapubische Nachbehandlung der (Kolischer) 835.
—, suprapubische, Prostataringmesser für die (Grunert) 145.
—, suprapubische, Technik der (Goldberger) 196; (Kolischer) 835.
—, tödliche Luftembolie im Verlauf einer (Marion) 230.
—, totale (Freyer) 770.
—, transvesicale (Maugeais) 277.
— in zwei Zeiten (Legueu) 614.
Prostatiker, Behandlung des (Muren) 708.
—, Harnblase der, Gefahren der schnellen und vollständigen Entleerung (Negrete) 529.
Prostatische Barrieren und Contractur des Blasenmundes, Neues Verfahren für (Young) 162.
— Utrikel, intermittierende Pyurie infolge von Infektion des (Underhill) 660.
Prostatitis, Jodipin per clysma bei (Fischel) 769.
Proteine, Beziehungen des Phenols und seiner Derivate zu (Cooper) 640.
Proteolyse des zentralen Nervensystems, Einfluß des Tetanus- und Diphtherietoxins auf (Soula) 492.
Prothesen, moderne Brücken- (Schenk) 681.
—, Einlegen von, zur Korrektion der Nasen-Deformitäten (Garrel u. Gignoux) 796.
—, neue Methodik einer Unterkiefer- (Alessandr u. Chiavaro) 339.
Protrusion, Ottosche, des Pfannenbodens (Breus) 389.
Pruritus ani durch Streptococcen verursacht 157.
Pseudarthrose, wichtiges Hilfsmittel bei (Onorato) 206.
—, Resektion und Osteoplastik in der Behandlung der (Charbonnel u. Parcelier) 278.
— der Tibia, Knochenplastik bei (Vulpius) 848.
Pseudoappendicitis ex oxyure (Aschoff) 270.
Pseudocoxalgie, Calves- (Elmslie) 630.
Pseudoelephantiasis s. a. Elephantiasis.
Pseudoelephantiasis des unteren linken Gliedes, fuso-spirillare Assoziation in einem Falle von (Bevacqua) 484.
Pseudogibbus traumaticus (Haškovec) 427.
Pseudohämophilie, Heilung durch Röntgenbestrahlung (Triboulet, Weil u. Paraf) 22.
Pseudohermaphrodit, männlicher, Endotheliom eines retinierten Hodens bei (Wilson) 708.
Pseudohermaphroditismus, Fall von (Oliver) 661.
Pseudokyphosis (Haškovec) 427.
Pseudomykosen (Brault) 52.
Pseudo-Nierensteine, radiodiagnostisches Studium der (Ponzio) 832.
Pseudopylorus-Stenose, Bedeutung des Pylorusreflexes bei (Cowie) 750.
Pseudotrichiasis der Blase und Pilimiktion (Heller) 162.
Pseudotuberkulose beim Menschen (Saisawa) 319.
—, experimentelle, durch eine Varietät des Bacillus Paratyphi B (Kirch) 669.
Psoriasis und entzündliche Tuberkulose (Petges u. Desqueyroux) 493.
Psychische Alteration, postdiphtherische Lähmung mit (Duncker) 780.
— Beeinflussung der Darmmotilität (Katsch) 115.
Psychose, manieartige, bei Hirntumor (Cordes) 335.
—, posttraumatische (Raecke) 718; (Wohlwill) 672.
Pterygium, Autokeratoplastik in der Operation des (Terson) 567.
Ptosis der Bauchorgane behandelt mit Bewegungsübungen (Oldenborg) 299.
—, kongenitale, Behandlung durch Motaissches Verfahren (Weekers) 796.
—Operation mit freier Fascientransplantation (Aizner) 179.
Puerperale Sepsis, Operative Behandlung der (Asch) 92.
Purgantien, subcutane Injektion von (Étienne) 299.
Purine, ihre Umwandlung in Geschwülsten (Wells u. Long) 206.
Purpura, Heilung durch Röntgenbestrahlung (Triboulet, Weil u. Paraf) 22.

Pyämie, otogene, Jugularisunterbindung bei (Rosenblat) 504.
—, Streptococcen-Septico-, mit pemphigusartigem Hautausschlag (Nicolas, Moutot u. Gaté) 544.
Pyämisches Krankheitsbild, Beiträge zum (Wolf) 544.
Pyelitis (Oppenheimer) 525.
—, bei Kindern (Smith) 764.
—, Pathogenese und Klinik (Lindemann) 470.
— bei Schwangeren (Brongersma) 525.
Pyelocystographie (Oehlecker) 605.
Pyelographie, Cystoskopie und Radiographie bei Einzel- und Hufeisenniere (Immelmann) 607; (Smith) 829.
—, Demonstration (Voelcker) 765.
—, Kollargol in der Niere infolge von (Troell) 829.
Pyelolithotomie, Nahtsicherung bei (Payr) 833.
Pyelotomie mit Incision der vorderen Nierenbeckenwand (v. Illyés) 80.
—, Indikationsstellung auf Grund der Röntgenplatte (Arcelin u. Rafin) 126.
— bei Nierenstein, Indikationen zur (Tecqmenne) 832.
—Wunde, Behandlung der (Bastianelli) 526.
Pylorospasmus (Glaessner) 517; (Koplik) 266.
—, Beitrag zur Behandlung des (Putzig) 116.
—, untersucht mittels eines einfachen Duodenalkatheters (Hess) 362.
— und Ulcus ventriculi (Neudörfer) 693.
Pylorus s. a. Cardia.
— s. a. Magen.
—Ausschaltung nach v. Eiselsberg (Hofmeister) 757.
—Ausschaltung, bei Gastroenterostomie (Kreuzfuchs) 594.
—Ausschaltung bei Gastroenterostomie zur Behandlung stenosierender Ulcera pylori (Rossi) 694.
—Ausschaltung mittels Schnur (Parlavecchio) 301.
—Carcinom (Lopez) 651.
—Carcinom, frühe Diagnose (Andrassy) 40.
—Fixation infolge von Periduodenitis (Haudek) 751.
—Funktion, diagnostische Bedeutung (v. Bergmann) 454.
—Geschwür, Behandlung stenosierender (Rossi) 694.
—Geschwür und Duodenalgeschwür, Differentialdiagnose (Kelling) 757.
— perforiertes Geschwür des (Klopfer) 518, 693.
—Hypertrophie, angeborene (Grenet, Veau u. Sédillot) 455.
—, Radioskopische Bestimmung des (Giugni) 154.
—Reflex bei Pseudopylorusstenose, Bedeutung des (Cowie) 750.
—Resektion bei Ulcus duodeni (Richter) 757.
—Sondierung, Beitrag zur Behandlung der (Putzig) 116.
—Stenose, vorgetäuscht durch wachsende Adenome des Dünndarms (Hartmann) 651.
—Stenose, angeborene (Koplik) 266; (Marfan u. Baudouin) 267.
—Stenose, angeborene, Operation der (Rammstedt) 40.
—Stenose, hypertrophische, Erwachsener (Barling) 186; (Reynolds) 186.
Pylorus-Stenose, hypertrophische, bei einem Säugling (Fredet u. Tixier) 650.
—Stenose, Pseudo-, Bedeutung des Pylorusreflex bei (Cowie) 750.
—Stenose im Röntgenbild (White) 814.
—Stenose im Säuglingsalter (Keefe) 454.
—Ulcus s. a. Duodenalgeschwür.
—Ulcus s. a. Magengeschwür.
—, Umschnürung mittels Netz und Fascie (Kolb) 756.
—, angeborene Verengerung des (Marfan u. Baudouin) 267.
—Verschluß (Pisek) 363.
Pyocyaneus, Bacillus-, in der Luft von Operationsräumen (Puccinelli) 789.
Pyonephrose, große adhärente (Smeth) 378.
Pyroloxin und seine Einwirkung auf Krebskranke (Jeremitsch) 241.
Pyurie, intermittierende, infolge von Infektion des prostatischen Utrikels (Underhill) 660.

Quadricepsplastik bei spinaler Kinderlähmung (Eckstein) 485.
Quarzlampe s. a. Quecksilberquarzlampe.
—Bestrahlung bei Hauttuberkulose (König) 623.
Quecksilber, kolloidales, zur Karbunkelbehandlung (Stephens) 203.
—Präparate, Einfluß auf das Wachstum der Mäusecarcinome (Skudro) 552.
—Quarzlampe zur Behandlung der Tuberkulose (Wilms) 624.

Rachen, multiple Fibrosarkome (Okouneff) 424.
—, Jodtherapie tuberkulöser Ulcerationen im (Ohnmacht) 575.
—Venen, Entzündung der (Stuart-Low) 423.
Rachianästhesie s. Rückenmarks Anästhesie.
Rachitis (Kassowitz) 634.
—, Ätiologie (Diesing) 542; (Ribbert) 50.
—, Ätiologie und Therapie (Stocker) 491.
— und ihre Behandlung (Wieland) 171.
— in Japan (Ogata) 4.
— und Kalkstoffwechsel (Dibbelt) 542.
— und Magenerweiterung (Vanlair) 186.
—, Pathologie und Ätiologie (Kassowitz) 393.
Rachitisch plattes Becken, Darmverschluß nach Entbindungen bei (Rieck) 112.
Radialislähmung nach Unfall oder Bleilähmung (Ewald) 710.
Radikaloperation, ausgedehnte abdominale, des Gebärmutterkrebses (Weibel) 530.
— des Krebses der Papilla duodeni (Lenormant) 273.
— der Leistenbrüche, Myoplastik bei (Ehler) 450.
— der chronischen Mittelohreiterung, funktionelles Resultat der (Lawner) 103.
— der Nabel- und Bauchhernien (Trazzi) 114.
Radioaktive Substanzen, Einfluß auf maligne Tumoren (Caan) 11.
Radiodermitis (Nogier u. Regaud) 21.
Radioepidermitis (Nogier u. Regaud) 21.
Radiographie, Cystoskopie und Pyelographie bei Einzel- u. Hufeisenniere (Mayo) 829.
— und blutige Behandlung der Fracturen (Iñigo) 242.
Radio-Humeralgelenk, Beziehungen des Nervus radialis (Jacob) 387.

Radiologische Befunde am Dickdarm bei Tumoren der Nierengegend (Luger) 473.
— Untersuchung mittels Bismuteinlauf bei Dickdarmcarcinom (Esmein, Rolland u. Desternes) 272.
Radioskopische Bestimmung des Pylorus (Giugni) 154.
— Magenuntersuchung, Wismutzubereitung für (Réchou) 300.
Radiotherapie oder Organotherapie zur Behandlung der Hypophysentumoren (Lenormant) 796.
—, einer umschriebenen Meningitis nach Blinddarmentzündung (Chartier) 156.
— und Scarifikationen in der Behandlung des Lupus (Marquès) 238.
— der Thymushyperplasie (Dutoit) 297.
— der Uterusmyome (Calatayud Costa) 277.
Radio-ulnare Synostose, kongenitale (Baisch) 47.
Radium zur Behandlung erektiler Angiome (Wickham, Degrais u. Slavik) 717.
—, neue therapeutische Anwendungsformen (de Lillo) 562.
—, Apparat zum Einbringen in sterile Gummiröhren (Phillips) 290.
—Bestrahlung, chemische Wirkungen auf Carcinom (Freund u. Kaminer) 403.
— in der Behandlung schwerer Carcinomkranker (Wickham, Degrais u. Slavik) 554.
—, Anwendung in der Chirurgie (Sticker) 562.
—Emanation und ihre therapeutische Anwendung (Wickham u. Degrais) 59.
— zur Behandlung des varikösen Geschwürs (Rodriguez) 712.
— oder Röntgentherapie in der Gynäkologie (Krönig u. Gauß) 384.
—Behandlung bei Hautkrankheiten (Saalfeld) 97.
—Institut, Bericht des. 332.
—Institut, Bericht über behandelte Fälle (Pinch) 417.
—, Lippencarcinom geheilt durch (Morestin) 644.
— zur Behandlung der Naevi vasculosi (Bayet) 550.
— als Hilfsmittel bei der Behandlung bösartiger Neubildungen (Freudenthal) 786.
—Behandlung des Oesophaguscarcinoms (Guisez) 580.
—, Heilwirkung auf Riesenzellensarkom (Abbe) 682.
—Behandlung von kleinzelligem Rundzellensarkom (Watson-Williams u. Finzi) 209.
—Salze (Weil) 58.
—, Sarkom der Leistengegend geheilt durch (Reynier) 134.
—Sarkom, die Oberkieferbehandlung mit (Watson-Williams u. Finzi) 209.
—, Sarkom des Oberkiefers, Resektion und Behandlung des Rezidivs mit (Watson-Williams) 249.
—Strahlen, schmerzstillende Wirkung der (Simonson) 332.
—, maligne Tumoren behandelt mit (Bazy) 97; (Championnière) 95.
Radius-Brüche, Endergebnisse bei der Behandlung (F. Schultz) 662.
—, federnder Callus der (Toussaint) 482.
Radius-Defekt, angeborener (Tecqmenne) 310.
—Ende, Bruch des unteren (Eve) 844.
—Ende, unteres, Längsfractur des (Parrish) 311.
—, operative Behandlung der Fractura ulnae im proximalen Teil mit Luxation des oberen Endes des (Abadie) 132.
—Köpfchen, isolierte Ellenbogenbrüche mit Luxation des (Kirmisson) 709.
—Köpfchen, angeborene Luxation des, Kombination mit der Littleschen Krankheit (Künne) 84.
Rattentumoren festgestellt als echte Carcinome und Sarkome (Lewin) 324.
Rauchschwärzung des Einschusses bei automatischen Pistolen (Leclercq, Guénez u. Noailles) 327.
Raynaudsche Krankheit (Devroye) 233; (Pirami) 778.
— Krankheit, Heißluftbehandlung der (Roziès u. Arrivat) 316.
— Krankheit auf syphilitischer Basis verbunden mit Livedo reticulata (Weber) 495.
— Krankheit mit positivem Wassermann (Gaucher, Gougerot u. Meaux Saint Marc) 400.
Raynaudsches Syndrom und Lues (Semon) 201.
Recessus cristae galli (Onodi) 63.
— paracribrosus (Onodi) 63.
Recklinghausensche Krankheit mit Hypernephrom, Fall von (Saalmann) 404.
Reclus-Cystenerkrankung der Mamma mit neoplastischer Degeneration (Étienne u. Aimes) 150.
Rectale Infusion differenter Flüssigkeiten vor und nach der Operation (Caillaud) 396.
Rectalnarkose (Grunert) 15.
Rectalpalpation als diagnostisches Zeichen chronischer Appendicitis (Reder) 653.
Rectopexie, Fascientransplantation zum Zwecke der (Ach) 701.
Rectumcarcinom, inoperables, Appendicostomie bei Ileus durch (Spencer) 190.
—Carcinom, Behandlung des (Kamanin) 157.
—Carcinom, Wachstum des, in der Darmwand (Cole) 462.
—Carcinom, Diagnose und Behandlung (Miles) 225.
—Carcinom, kombinierte abdomino-dorsale Exstirpation des (Heller) 43.
—Carcinom, Frühdiagnose des (Friedrich) 825.
—Carcinomoperation, Erfolge der kombinierten (Chalier u. Perrin) 599.
—Carcinom, kombinierte Operationsmethode bei (Dahlgren) 600.
—, angeborenes Fehlen (Mayer) 461.
—Fistel (Tracy) 273.
—Fistel, blinde äußere (Humphreys) 759.
—Fistel, Konkrement aus Calciumphosphat (Moody) 702.
—, operative Behandlung der Geschwülste des (Rydygier) 653.
—, Melanosarkom des (Moreau) 272.
—Operation unter Lokalanästhesie (Saphir) 789.
—, Pfählungsverletzung des (Bichat u. Job) 464.
—Polypen, Blutungen aus (Mocquot) 826.
—Prolaps, verursacht durch Blasenstein (Guillet) 759.

Rectum-Prolaps, Ursachen (Vidakovich) 225.
—Prolaps (Fieschi) 462.
—Prolapsbandage, praktische künstliche (Decker) 561.
—Stenose, kongenitale (Reglus) 42.
—, Tuberkulose des (Chardom) 371.
Rectus femoris, Ruptur des (Vogel) 847.
Rectussehne, Verlängerung bei Schieloperationen (Harman) 62.
Reflektierte Schmerzen bei inneren Krankheiten und ihre diagnostische Verwertbarkeit (Porges) 592.
Reflexbewegungen des Dickdarms (Lebon u. Aubourg) 461.
Refracturen der Patella (Nespor) 199.
Regeneration des Knochens nach Resektion (Pirie) 542.
—Erscheinungen bei Verheilung von Nervenfasern (Boeke) 777.
Reids fötale peritoneale Falten, Verwandtschaft mit Jacksons Membran und Lanes Schleife (Eastman) 823.
Ren mobilis s. Wanderniere.
Reposition subcutaner Fracturen und Luxationen unter Lokalanästhesie (Braun) 12.
— veralteter Schulterluxationen (Thomas) 279.
Resektion des inneren Astes des Nervus laryngeus superior, eine neue Behandlungsmethode bei Dysphagia dolorosa bei Tuberkulose und Krebs des Larynx (Chalier) 29.
— der unteren Extremität, neues Verfahren für (Bogoras) 199.
— der Fußwurzelknochen und des Sprunggelenkes durch mittlere dorsale Schnittführung (Chaput) 392.
— von Gefäßverschlüssen (Villard u. Perrin) 51.
— der Gelenke ohne Drainage (Villard u. Tavernier) 309.
— des Magens bei Carcinom (Brun) 456.
— eines Megasigmoideum und Megarectum nach kombinierter abdominal-perinealer Methode (Pauchet) 120.
— und Osteoplastik in der Behandlung der Pseudarthrosen (Charbonnel u. Parcelier) 278.
— der hinteren Rückenmarkswurzeln (Foerster) 215.
Respirationstraktus, Diagnose von Fremdkörpern im (Hirsch) 691.
Réthischer Expressor zur Tonsillektomie (Lengyel) 740.
Retrobulbäre Neubildungen, rationelles Operationsverfahren bei (de Obarrio) 337.
Retrocervicaler extraperitonealer Echinococcus als Geburtshindernis (Gussakoff) 198.
Retroflexio uteri, Behandlung (Dührssen) 129; (Langes) 129.
Retrograde Katheterisation der Harnröhre (Cumston) 230.
— Invagination des Darms (Catz) 597.
Revolverkugeln, Behandlung der Kriegsverletzungen durch (Reclus) 554.
Rheumatismus, tuberkulöser, und chronische Arthritiden (Poncet) 621.
Rhinogene Augenaffektionen (Kellner) 337.
Rhinolith (Iwanoff) 503; (Le Jeune) 569.
Rhinoplastik, totale, Weg zur (Holländer) 103, 422; (Rosenstein) 338.
—, Wiederherstellung der ganzen Nase durch (Carter) 569.
Rhinosklerom (Girard u. Pietri) 398.
Rhodalzid, Hämophilie behandelt durch (Franke) 169.
Ricin, Einfluß auf das Leben von Zellen in vitro (Levaditi u. Mutermilch) 665.
Riedelsche Struma nach Strumectomie (Simon) 577.
Riesenmucocele der Appendix (W. Meyer) 271.
Riesenwuchs, akromegaler, Akromegalie und deren „formes frustes“ (Marquès u. Peyron) 24.
— bei Kindern eines Syphilitikers (Köhler) 238.
Riesenzellenbildung in Thyreoidea und Prostata (Wilke) 257.
Riesenzellensarkom s. Sarkom.
Rinder-Tuberkelbacillen, Bedeutung für den Menschen (Weber) 548.
Rindfleischscher Spiralschnitt zur Varicenbehandlung (Fritsch) 166.
Ringersche Lösung, Infusion von, bei Spontangangrän (Koga) 386.
Rinnenspatel als Nadelführer bei Hirnpunktion (Payr) 499.
Rippen-Defekt, angeborener (Hadda) 33; (Smith) 686.
—Knorpel, Transplantation in gestielte Hautlappen (Davis) 714.
—Korbrandschnitt, epigastrischer, für Magenoperationen (Brun) 456.
—, Pfeilerresektion der, zur Verengerung des Thorax bei Lungentuberkulose (Wilms) 260.
—Quetsche zur leichteren Resektion von Rippen (Wilms) 499.
—Ring, erster, Anomalien des, und Lungentuberkulose (W. H. Schultze) 581.
Ricinusbehandlung der Blinddarmentzündung (Sorge) 460.
Robertsonsches Phänomen infolge von Trauma der Orbita (Velter) 567.
Röhrenknochen, lange, negativer Druck in (R. u. F. Felten-Stoltzenberg) 165.
Röntgenaufnahmen auf Bromsilberpapier (Kronecker) 726.
Röntgenbehandlung (Weil) 58.
— der Actinomycose (Levy) 93.
— von Carcinomen (Chr. Müller) 326.
— von Carcinom der Mamma mit Heilung (Lacaille) 432.
— von Carcinomrezidiv der Mamma (Cumberbatch) 108.
— von Carcinom der Haut (MacKee u. Remer) 786.
—, Erfahrungen mit (Iselin) 624.
— gutartiger Vegetationen des Larynx (Gray) 256.
— in der Gynäkologie (Bauer) 383; (Fränkel) 178.
— von Lymphosarkomen des Halses (Boggs) 325; (Köhler) 178.
— der Metrorrhagien (Watrin) 839.
— der Myome des Uterus (Strassmann) 47.
—, Purpura, Pseudohämophilie und wiederholtes Nasenbluten geheilt durch (Triboulet, Weil u. Paraf) 22.
—, schmerzstillende Wirkung der (Simonson) 332.

Röntgenbehandlung der Struma (Hagen) 295.
— der Basedow-Struma (Crouzon u. Folley) 106.
—, Technik der (E. A. Weil) 59.
— der chirurgischen Tuberkulose (Neu) 399.
— der Tuberkulose der Gelenke (Porter) 842.
— der Tuberkulose der Knochen- und Gelenke (Schede) 782.
Röntgenbild normaler peripherischer Blutgefäße (Révész) 499.
— der Knochentuberkulose (Hammond) 237, 321.
—, Samenleiter im (Belfield) 616.
—, Wurmfortsatz im (Cohn) 598.
Röntgendiagnose und Operationsprognose (Fränkel) 701.
Röntgendiagnostische Studie der Pseudo-Nierensteine (Ponzio) 832.
Röntgendurchleuchtung der Nieren (Nogier) 375.
Röntgenerythem (Becker) 416.
Röntgengeschwüre durch Tiefenbestrahlung (Iselin) 320.
—, chronische, Behandlung der, (Deutsch) 562.
Röntgenkassette (Oehlecker) 208.
— mit Schulterausschnitt für Halsaufnahmen (Oehlecker) 678.
Röntgenmomentaufnahme, medizinische Bedeutung der (Schwenter) 791.
Röntgenstrahlen bei intrathorakaler Struma und Thymushyperplasie (Crotti) 297.
— bei der Diagnose des Magen- und Duodenalgeschwüres (Pfahler) 517.
—, chemische Wirkungen auf Carcinom (Freund u. Kaminer) 403.
—, Entgiftung des tuberkulösen Herdes durch (Iselin) 320.
—, Episkop, optisches Instrument zur Untersuchung mit (Cotton) 247.
—, spontane Gastroenterostomie, offenbart durch (Douarre) 816.
—, Studium der motorischen Funktion des Magens mittels (Cafiero) 362.
—, Verwendung in Innenräumen des Körpers (Bouchacourt) 208.
—, Wirkung auf die normale Milz (Muzj) 604.
—, Wirkung auf die Thymus (Eggers) 430.
Röntgen- oder Radiumtherapie in der Gynäkologie (Krönig u. Gauß) 384.
Röntgenuntersuchung von Blasentumoren (Kelly u. Lewis) 767.
— von verkalkter Bursitis subdeltoidea (Calatayud u. Estopina) 843.
— bei Erkrankungen der Harnorgane (Immelmann) 607; (Nogier) 607.
—, Feststellbarkeit des Duodenalgeschwür durch (Haudeck) 751; (Strauß) 267.
— von Gallensteinen (Holland) 826; (Lomon) 464; (Squier) 831.
— bei Gastroptose und Coloptose (Kahn) 454.
— vom chirurgischen Gesichtspunkt (Barling) 178.
— der Harnröhre (Thévenot u. de Beaujeu) 834.
—, Indikationsstellung zur Pyelotomie auf Grund der (Arcelin u. Rafin) 126.
— intraokularer Fremdkörper (Stover) 148.
—, kinematographische, der Bewegungsvorgänge am pathologischen Magen (Bruegel) 115, 591; (Holzknecht u. Haudek) 453.
Röntgenuntersuchung zur Kenntnis des normalen Fußes und des Plattfußes (Baisch) 87.
— von Konkrementen der Harnwege und von Nierentumoren (Lomon) 470.
— des Kropfes (Crotti u. Bowen) 258.
— bei den chirurgischen Krankheiten des Magens und Darms (Béclère u. Mériel) 119.
— beim Magengeschwür (Schlesinger) 591, 815.
— des Magens, Wismuthzubereitung (Réchou) 300.
— der Nierensteine (Arcelin u. Rafin) 126; (Eastmond) 832.
—, Technik der, bei Nierensteinen (J. u. L. Ratera) 705.
— bei Osteomyelitis (Broca u. Philbert) 791.
— bei Sanduhrmagen (Barjon u. Rey) 155; Gellé u. Beclére) 223.
— der Schädelbrüche (Stewart) 248.
— des Sigma elongatum mobile (Kienböck) 119.
— Standpunkt bei krampfartigen Zuständen des Magens und Darms (v. Dehn) 222.
— der angeborenen Syphilis platter Knochen (Fraenkel) 399.
— der Uretersteine (Eastmond) 832.
— des Urogenitaltraktus, Fortschritte der (Stewart) 656.
— der Verdauungswege (White) 814.
Röntgenverbrennungen (de Puelles u. Ruiz) 727.
Rolliers Tuberkulosebehandlung (Rollier) 319.
Rosenbach, Erfahrungen über Tuberkulin-(Kausch) 284.
Rosenbachsches Tuberkulin, Behandlung tuberkulöser Herde durch örtliche Injektion von (Rosenbach) 716.
Rotationsbehandlung der Skoliose, Tisch zur (Macdermot) 645.
Rote Kreuzabteilung, belgische, in Konstantinopel (Depage) 330.
Rotlaufbacillus des Schweines als Ursache von Panaritium (Mauclaire) 202.
Roux, Modifikationen der Gastro-Jejuno-Oesophagostomie nach (Uffreduzzi u. Giordano) 650.
Rouxsche Gastro-Jejuno-Oesophagostomie (Uffreduzzi u. Giordano) 364.
— Oesophago-Jejuno-Gastrostomose (Ach) 433.
Rouxsches Tetanusantitoxin-Serum, Anaphylaxie 3 Jahre nach Injektion von (Gueit) 319.
Rückenmark s. a. Foerstersche Operation.
— s. a. Hämatomyelia.
—Anästhesie s. a. Lumbalanästhesie.
—Anästhesie s. a. Spinalanalgesie.
—Anästhesie (Formichella) 549; (Gorse) 498; (Nicosia) 411.
—Anästhesie, allgemeine (Jonnescu) 558.
—Anästhesie für Gastroenterostomie oder Gastrostomie bei sehr geschwächten Kranken (Le Filliatre) 244.
—Anästhesie, herzblockähnliche Erscheinungen nach der (Vogel u. Kraemer) 412.
—Anästhesie, Entwicklung und gegenwärtiger Stand der Methode (Bainbridge) 559.
—Anästhesie nach der Methode von Jonnesco (Dimitriou u Saghinesco) 675.
—Anästhesie mit Stovain (Bedeschi) 411; (Blair) 244.

Rückenmark-Anästhesie mit Stovain, Abducenslähmung nach (Tenani) 288.
—Anästhesie, Wirkung bei tabischen Visceralkrisen (Bökelmann) 498.
—Anästhesie, Tabelle (Blair) 244.
—Chirurgie (Becker) 742; (Ranzi) 741.
—Chirurgie, Gegenwart und Zukunft der (Rothmann) 741.
—Chirurgie, Beobachtung an 60 Laminektomien (Elsberg) 342.
—, angeborener partieller Defekt des, mit Thorax-Bauch-Beckenspalte (Stauffer) 425.
—, Durchschneidung des Vorderseitenstranges der anderen Seite des, zur Beseitigung von Schmerzen (Beer) 216.
—, totales Fehlen (Modena) 292.
—, multilobuläres Fibrom im (Merzbacher u. Castex) 801.
—Kanal, Irrigationen des (Hirsch) 574.
—Läsionen, traumatische, Kasuistik (Wimmer) 645.
—Operationen bei Tabikern (Sicard) 507.
—, Schußverletzung des (Oesterlen) 256.
—, Schußverletzungen im Balkankrieg (Mühsam) 721.
—Tumor (Ebers) 27.
—, Zweiteilung des (Zalewska-Ploska) 574.
Rückgratsverkrümmungen s. Scoliosen.
Rundzellensarkom s. a. Sarkom.
—, kleinzelliges, teilweise Exstirpation und Radiumbehandlung (Watson-Williams u. Finzi) 209.
Ruptur von Laparotomiewunden und Vorfall von Baucheingeweiden (Galpern) 263.
— von Milz und Leber (Evans) 80.
—, der Niere, subcutane (Beall) 161.
— der Nieren, subcutane intrakapsuläre (Hobermann) 304.

S Romanum s. Flexura sigmoidea.
Sacralkanal rachitischer Becken, technische Schwierigkeiten bei der Punktion des (Rübsamen) 506.
Sacrococcygeal-Tumor, großer derber (Arfanis) 533.
Säuglinge, Unstillbare Blutungen bei (Blühdorn) 6.
Säure, Verbrennungen des Magens nach Verschlucken von (Delore u. Arnaud) 817.
Säurevergiftung, Ursache der postnarkotischen Störungen (Chauvin u. Deconomos) 286.
Salpingitis, konservative Behandlung durch Injektionen in Uterus und Tuben (Stone) 618.
Salvarsan, Cholin-Selenvanadium und Thorium X, Kombination von stärkster Radiotherapie mit (Kafeman) 174.
—, epileptiforme Anfälle nach (Lube) 179.
—Behandlung geschwüriger Prozesse (Assmy u. Kyritz) 636.
— bei Milzbrand (Becker) 282.
—, Syphilom behandelt mit Hectin und (Bensaude u. Emery) 350.
Salzlösung, Infusion physiologischer (Thies) 778.
Samenbläschen, chronische Entzündung der (Hyman u. Sanders) 837.
Samenblasen, Operation an den (Voelcker) 770.
Samenblasensteine unter dem Bilde der Nierensteine (James u. Shuman) 837.
Samenkanälchen, Katheterismus der (Luys) 837.
Samenleiter im Röntgenbild (Belfield) 616.
Samenstrang-Entzündung, eitrige (Schumacher) 83.
—, Torsion des, eines ektopischen Leistenhodens (Tasca) 836.
—, wiederholte Torsion des (Dowden) 382.
—, seltener benigner Tumor des (Ciaccio) 478.
—Verletzungen, histologische Läsionen des Hodens im Gefolge von (Herrmann) 128.
Sanduhrmagen, Fall von (Malkow u. Dietrich) 364.
—, hintere Gastroenterostomie (Lefèvre) 187.
—, Röntgenaufnahme von (Gellé u. Beclère) 223.
—, Röntgendiagnose, Operation, Heilung (Barjon u. Rey) 155.
Sanitätskorps, serbisches (Walther) 329.
Sarkoid, Boecksches, bei ausgedehnter Allgemein-Tuberkulose (Stumpke) 549.

Sarkom. Allgemeines.

Sarkom, Blutgerinnungsbestimmungen bei (Jaffé) 553.

Ätiologie und Prophylaxe.

Sarkom, melanotische, entstanden durch Reizung von Pigmentnaevi (Gaskill) 175.

Tiere.

Sarkom, echte, Mäuse- und Rattentumoren festgestellt als (Lewin) 323.

Behandlung.

Sarkom des Muskels, behandelt durch Excision des Muskels (Fasano) 327.
—, Riesenzellen, konservative Behandlung des (Bloodgood) 94.
—, Riesenzellen-, Heilwirkung des Radiums auf (Abbe) 682.
Rundzellensarkom, kleinzelliges, teilweise Exstirpation und Radiumbehandlung (Waison-William u. Finzi) 209.

Sarkom des Kopfes.

Sarkom des Gehirns (Randolph) 565.
— des Oberkiefers (Schottländer) 249.
— des Oberkiefers, Resektion und Behandlung des Rezidivs mit Radium (Watson-Williams) 249.

Hals.

Sarkom des hinteren Atlasbogens (Jourdan u. Economos) 341.
— des Halses, behandelt mit Einspritzungen von Seleniol (Hope) 682.

Brust.

Sarkom der Pleura (Bernard) 35.
—, melanotisches, der vorderen Thoraxwand (Laurenti) 686.

Bauch.

Sarkom, primäres, des Dünndarms (Patek) 365.
— des Eierstocks, Heilverfahren (Seeligmann) 619.
— der Leistengegend, geheilt durch Radiumstrahlen (Reynier) 134.
— des Magens (Flebbe) 590.
— der Niere, verbunden mit großem Nierenstein (Drew) 305.

Gliedmaßen.

Sarkom, primäres, im Biceps beider Arme (Carmichael) 84.
—, primäres, der Sehnenscheiden der Malleolengegend (Boeckel) 200.

Sarkom, Riesenzellen-, am unteren Femurende (Schwartz) 85.
Sarkosporidien in den gutartigen epithelialen Geschwülsten, körnige Substanz (Jaboulay) 551.
Sauerstoff, Behandlung von Darmkrankheiten mit (Schmidt) 72.
—Injektionen zur Behandlung hyposphyktischer Zustände (Martinet u. Heckel) 634.
—Insufflationen nach Thiriard (Müller) 635.
—, Subcutaninjektion von (Lyon) 778.
Saugventil zur Reinigung des Operationsfeldes (Kilgore) 677.
Scabies, Krusten-, ein Fall von (Beatty) 323.
Scapula, angeborener Hochstand mit narbiger Einziehung über der Spina scapulae (Kirmisson) 131.
—, wiederkehrendes Neuroblastom der (Symmers) 387.
Scapularkrachen (Lobenhoffer) 843.
Scarifikationen in der Behandlung des Lupus (Marquès) 238.
Scarlatina, perirenales Hämatom nach (Hering) 46.
Schädel-Basis-Fibrome, Operation (Marcellos) 728.
—Basis-Fibrome, operative Behandlung (Krassin) 417.
—Basis, Entfernung einer Kugel auf buccopharyngealem Wege (Jacques) 147.
—Basis-Tumoren, Kasuistik der (Schwab) 333.
—Brüche, Röntgendiagnose der (Stewart) 248.
—Dach-Fracturen (Frilet u. Revel) 209.
— und Duradefekte, Ersatz von (v. Hacker) 22.
—Grube, Angriff der Hypophysis durch die vordere (Frazier) 252.
—Läsion, traumatische Epilepsie mit (Muskens) 731.
—Nähte, Auseinanderweichen der, bei Hirntumor im Kindesalter (Broca) 248.
—Operationen, Blutgehalt bei (Ritter) 727.
—Schüsse (Clairmont) 722; (Colmers) 177, 722; (Legrand) 176; (Morestin) 179.
—Trepanation, bei Verletzungen des (Vragassy) 212.
—Verletzungen des (Berard) 417.
—Verletzungen, Beziehung zu Nerven- und Geisteskrankheiten (Mott) 146.
Schanker, syphilitischer, commissurale Leukoplasie gleichzeitig mit (Landouzy u. Pinard) 149.
Scharlach, Epityphlitis bei (O. Meyer) 519.
Scharlach, perirenales Hämatom nach (Hering) 46.
Scharlachähnliches infektiöses Exanthem bei schwerer Armphlegmone (Étienne u. Aimes) 171.
Scharlachrotsalbe, klinischer Wert (Dobrowolskaja) 282.
Scheide s. Vagina.
Scheitellappen, Geschwülste des, klinischer und pathologischer Beitrag zur Lehre von (Ciuffini) 336.
Schenkelbrüche s. Hernia cruralis.
Schenkelhalsfraktur, Fernresultat einer Verschraubung des Trochanter maior wegen (Cruet u. Moure) 391.
Schenkelsymptom bei Gehirnkrankheiten (v. Hainess) 250.
Schenkelvaricen, chirurgische Behandlung der (Vaquié) 85.
Schiefhals (Bauer) 28.
Schielen, chirurgische Behandlung des (Astruc) 568.
Schieloperation, Verlängerung einer Rectussehne bei (Harman) 62.
Schienbein s. Tibia.
Schiene zur Streckung und Beugung des Kniegelenks (Weisz) 208.
Schienen, Celluloid- (Peck) 21.
— aus Pflanzenstoff (Schall) 57.
Schilddrüsen-Adenome, Wachstumszentren (Simpson) 429.
—Apparat, Funktion (Casanovas) 645.
—Behandlung (Buschan) 346.
—, Insuffizienz der, Beziehungen zum Calciumumsatz (Pern) 576.
—, Cancroid der (Savy u. Florence) 348.
—, Chirurgie der (Berry) 296, 577.
—, Chirurgie der, und Basedowkropf (Berry) 429.
—, Einfluß der Insuffizienz und Atrophie der, auf Erkrankungen der Gelenke (Hagen-Torn) 509.
—, Untersuchungen über die kropfigen Erkrankungen der (Breitner) 576.
—Erkrankung leichterer Art (Luzzatti) 106.
—Exstirpation (Hinder) 428.
—, Funktion der, bei Basedow (Hosemann) 684.
—, gutartige Geschwulst der (Marine) 429.
—, metastatische Geschwülste der (A. Meyer) 348.
—, gummöse Zerstörungen in der (Pujol) 577.
—, interne Jodverabfolgung bei Carcinom der (Marine u. Johnson) 805.
—Lappen, Granulom ausgehend vom rechten (O. Meyer) 31.
—, Lymphatische Herde in der (Simmonds) 69.
—, Gehalt an Phosphor, Stickstoff und Lipoiden bei thyreoidektomierten Tieren (Juschtschenko) 69.
—, Gehalt verschiedener Organe an Stickstoff, Phosphor und Lipoiden bei threoidektomierten Tieren (Joustchénko) 217.
—Präparate, kongenitales Myxödem behandelt mit (Zuber) 806.
—Preßsaft zur Behandlung der Epilepsie (Bolten) 335.
— und Prostata, Riesenzellenbildung in (Wilke) 257.
—Saft, Behandlung der Dupuytrenschen Contractur mit (Gilbert) 132.
—Saft-Therapie und Epilepsie (Gelma) 100.
—, Teratom der, bei einem Foetus (Russell u. Kennedy) 645.
—, Beziehung der Thymus zur (Basch) 33.
—, Auftreten thyreotoxischer Symptome bei Geschwulstmetastasen in der (Mori) 31.
—, Einfluß künstlicher Trachealstenose auf die (Reich u. Blauel) 803.
—, Transplantation in die Milz und das Knochenmark (Kotzenberg) 576.
—, Tuberkulose der, bei Basedow (Klose) 258.
—, follikuläre Tuberkulose der (Tixier u. Savy) 805.
—Tumor, aberrierender, an der Zungenbasis (Howarth) 254.
Schlachtfeld, Antisepsis auf dem (Antoniu) 175.

Schläfenbein, Hämangioendotheliom des (Jack u. Faunce) 249.
—, Fälle von Periostitis des, otogenen Ursprungs (Delobel) 248.
Schläfengegend, linke, Stichverletzung eindringend in (Karschulin) 61.
Schlagader, Blutstillung bei Schußverletzungen der (Bergasse) 15.
Schleimbeutel des Kniekehlenmuskels, Endotheliom des (Petřvalský) 487.
Schleimhaut-Jodierung bei Operationen am Magen-Darmtrakt (Hohlbaum) 415.
—Lupus, moderne Behandlung des (Albanus) 321.
—Lupus der Nase (Walb) 422.
—Tuberkulose s. Lupus.
—Überpflanzung, freie (Axhausen) 714.
—Wucherungen, Erzeugung atypischer (Haga) 54.
Schleimpseudocysten in der Mesoappendix (Vecchi) 271.
Schlitteln, Verletzungen beim (Bernhard) 497.
Schlittelsport, Verletzungen der Lunge, Niere, Leber infolge (Bernhard) 358.
Schlittschuhlaufen, Unfälle beim (Bernhard) 497.
Schluckbeschwerden, Behandlung der (Horne) 506.
— bei tuberkulöser Laryngitis (Bertram y Castillo) 428.
Schluckstörungen s. a. Dysphagie.
Schlüsselbein-Bruch, einfacher Verband zur Behandlung des (Jansen) 483.
—, Plastik aus der Spina scapulae (Molineus) 310.
Schlüsselsymptom bei beginnender Coxitis (Rocher) 663.
Schmidtsches Antimeristem zur Behandlung von Krebs (Kafemann) 174.
Schnappende Hüfte (Horand u. Coudray) 485.
Schnelldesinfektion der Hände mit Chlormetakresol (Kondring) 414.
Schrapnell-Verletzungen s. a. Schußverletzungen.
—Verletzungen auf dem türkischen Kriegsschauplatz (Wieting) 408.
Schröttersches Hartgummirohr, Bougierung mit, bei Larynxstenose (Glas) 345.
Schrumpfmagen (Sasse) 592.
Schüsse, Schädel-, im Krieg, Behandlung (Clairmont) 722.
Schulterblatt s. Scapula.
Schultergelenkverletzungen bei Syringomyelie (Elliott) 310.
Schulterluxationen, veraltete, Reposition von (Thomas) 279.
Schulterluxation, rezidivierende, Pathologie und Pathogenese (Grégoire) 131.
Schuß, Brust-, mit Lungen- und Herzverletzung (Morestin) 350.
—Fracturen (Colmers) 177; (Fraenkel) 285; (v. Frisch) 176; (Kohl) 722; (Mühsam) 554; (Socin) 206.
— durch Magen und Niere (Tourneux) 112.
—Verletzungen im Balkankrieg (Cadenat) 177; (Clairmont) 722; (Coenen) 720; (Colmers) 177, 722; (Delorme) 408, 724, 787; (Denk) 555; (Depage) 554; (Exner) 407; (Ferraton) 556; (Fraenkel) 285; (Frank) 721; (v. Frisch) 176, 723; (v. Frisch u. Clairmont) 329; (Goebel) 673; (Goldammer) 720; (Heyrovsky) 175; (Jurasz) 722; (Kirschner) 720, 722; (Kohl) 722; (Legrand) 176; (Lotsch) 555, 722; (Montprofit) 329; (Mühsam) 554, 721; (v. Oettingen) 719; (Reclus) 554; (Schliep) 555; (Socin) 206; (Tartois) 14; (Tintner) 406; (Wieting) 408.
—Verletzung des Abdomens mit Browningpistole (Diwald) 444.
—Verletzung von Arterien (Rouvillois) 232.
—Verletzungen durch Artilleriegeschosse (Exner u. Heyrovsky) 243.
—Verletzungen des Bauches (Schricker) 221.
—Verletzungen, Behandlung in den Belgrader Lazaretten (Soubbotitch) 328.
—Verletzungen der Blutgefäße (Lotsch) 722.
—Verletzungen durch moderne Feuerwaffen (Imbriaco) 787.
—Verletzungen durch Gewehr (Exner u. Heyrovsky) 243.
—Verletzung des Großhirns (Lauenstein) 251.
—Verletzung der Kieferhöhle (Fallas) 291.
—Verletzungen, hervorgebracht von den modernen Kriegsfeuerwaffen auf verschiedene Entfernungen (Imbriaco) 243.
—Verletzung des Larynx (Davis) 217.
—Verletzung, Nasenhöhlenverengerung und Zungenverwachsung infolge von (Bar) 60.
—Verletzungen der Nerven (Kirschner) 722.
—Verletzung des Ohres (Kirchner) 103.
—Verletzungen durch Platzpatronen (Kartaschewsky) 95.
—Verletzungen im Röntgenbild (Schjerning, Thöle u. Voss) 674.
—Verletzung des Rückenmarks (Oesterlen) 256.
—Verletzung des Schädels (Jacques) 147.
—Verletzung der Schlagader, Blutstillung bei (Bergasse) 15.
—Wunden des Bauches (Kahn) 717.
Schwangere, Serumfermentwirkungen bei (Lindig) 495.
Schwangerschaft nach der klassischen Sectio Caesarea (v. d. Hoeven) 385.
—, akute hämorrhagische Splenitis mit Spontanruptur im Beginn der (Martyn) 158.
—, Fall von spontaner Uterusruptur in der (Beyer) 83.
Schwebelaryngoskopie, Beobachtungen und Mitteilung einiger Fälle (Davis) 150.
Schwefelsäure, innerliche Anwendung zur Behandlung von Carbunkeln, Staphylococcen und Streptococceninfektion (J. u. R. J. Reynolds) 397.
—, Verletzung des Penisteiles der Harnröhre durch (Michon) 307.
Schweine-Rotlaufbacillus als Ursache von Panaritium (Mauclaire) 202.
Schweißdrüsen, Physiologie (Kittsteiner) 665.
—, Studium der epithelialen Tumoren der (Giani) 402.
Schwereempfindung, Störung der, bei Kleinhirnerkrankung (Maas) 642.
Schwermetalle, Wirkung auf die bösartigen Tiergeschwülste (Lewin) 552.
Scoliometer zur Messung und Darstellung der pathologischen Verkrümmungen der Wirbelsäule (Vital-Badin) 677.

Scoliosen, angeborene (Lewy) 573.
—Behandlung (Redard) 426.
—, Behandlung der, nach Abbott (Calot u. Privat) 798; (Calve u Lamy) 342; (Joachimsthal) 740; (Little) 798; (Vulpius) 799.
—Behandlung, Ausnützung der respiratorischen Kräfte in der (Spitzy) 573.
—, fötale Entwicklungsstörungen des Beckens und der Wirbelsäule Ursache von (Falk) 740.
—Frage, statische (Doerr) 26.
—, kongenitale, Kasuistik (Kauffmann) 66.
—, kongenitale, der Wirbelsäule (Kaneko) 426.
— im Leben und in der ärztlichen Praxis (Gottstein) 294.
—Messer, neuer (Young) 416.
—, Tisch zur Rotationsbehandlung (Macdermot) 645.
—, Übungstherapie der (Becker) 341.
Scopolamin-Dämmerschlaf in Verbindung mit Morphium, Pantopon und Narkophin (Reichel) 557.
—Dämmerschlaf, Pantopon- (Kasashima) 246.
—Pantopon, Probedämmerschlaf zur Bestimmung der Toleranz für (Hölder) 409.
Scrotalhernie s. Hernia inguinalis.
Seborrhöe der Unterlippe und ihre Beziehung zum Epitheliom (Montgomery) 254.
Secretin in der Darmschleimhaut nach Totalexstirpation des Pankreas (Hédon u. Lisbonne) 603.
Secretion, innere, gleichzeitige Erkrankung mehrerer Organe (Levi) 543.
Sectio alta, Erfahrungen mit der Blasennaht bei, an Kindern (v. Werthern) 126.
— Caesarea s. Kaiserschnitt.
Seebäder, Behandlung der Kindertuberkulose durch (Revillet) 8.
Seekriegsverletzungen (zur Verth) 724.
Seewasser-Injektion, in chirurgischen Fällen (Park) 715.
Sehhügel, anatomische Untersuchung eines Falles von Hemianästhesie mit Herdläsionen im Vorderteile der (Beriel) 211.
Sehne des Biceps brachialis, traumatischer Abriß der unteren (Rocher) 231.
Sehnenscheiden, primäres Sarkom der (Boeckel) 200.
—Tuberkulose oder Pseudo-neoplastische Tuberkulose (Brugère) 140.
Sehnentransplantationen, Beobachtungen von (Galloway) 130.
—, freie (Enderlen) 845.
— bei Kinderlähmung (Martinez) 629.
— zur Heilung von Sehnenverletzungen (Rehn) 773.
Sehnenverletzungen, geheilt durch Sehnentransplantation (Rehn) 773.
Sehnerv, Geschwulst des (Sulzer u. Rochon-Duvigneaud) 568.
—, Verletzung durch einen Fremdkörper in der Augenhöhle (Stevenson) 62.
Sehstörungen beim Turmschädel (Schloffer) 738.
Seitensinus, linker, septische Thrombose des, bei otogener seröser Meningitis (Stockdale) 25.
Seitenventrikel, Behandlung der Stauungspapille, insbesondere bei Hirntumoren, durch Dekompressiv-Trepanation, mit temporärer extrakranieller Drainage eines (Kaelin-Benziger) 250.
Selbstverstümmelung, chronische Bezold'sche Mastoiditis durch (Nerger) 103.
Seleniol, Sarkom des Halses behandelt mit Einspritzungen von (Hope) 682.
—, Tumor des Kehlkopfes behandelt mit (Hope) 684.
Selenium, kolloidales, bei der Krebsbehandlung (Touche) 496, 671.
Selenvanadium, Cholin-, Salvarsan und Thorium X, Kombination von stärkster Radiotherapie mit (Kafemann) 174.
Semiologie des Liquor cerebrospinalis (Rathery) 506.
Sepsis durch Pneumococcen, nach calculöser purulenter Cholecystitis und abscedierender Cholangitis (Severin) 191.
—, puerperale, operative Behandlung der (Asch) 92.
—, akute, hervorgerufen durch den B. pyocyaneus (Clarke) 545.
—, behandelt mit intravenösen Einspritzungen von Sublimat (Candela) 315.
Septicämie durch den Pneumobacillus Friedländer (Valette u. Ramond) 138, 492.
Septische Allgemeinerkrankungen, ausgehend vom Ohr (Wolf) 544.
— Infektion, Lymphocytose bei (Cabot) 667.
Septische Prozesse, Behandlung mit Alkalien (Vorschütz) 668.
— Thrombophlebitis der Beckenvenen (Sanes) 618.
Septum der bursa omentalis und die Stätten der gastrischen Adhäsion (Reid) 596.
Septumdeviationen (Marshall) 180.
Serbischer Heeressanitätsdienst, Beobachtungen über (Socin) 206.
Serbisches Sanitätskorps (Walther) 329.
Serodiagnostik der malignen Geschwülste (Brüggemann) 239; (Schenk) 785.
Seröse Ergüsse in die Bauchhöhle, operative Methode zur Verhütung des Rezidivierens von (Planelles) 446.
Serologische Geschwulstdiagnostik, Beiträge zur (Leschke) 784.
Serotherapie, Auto-, bei fibrinöser Pleuritis (Fishberg) 807.
Serum-Behandlung, intensive (Grangée) 546.
—Behandlung, intraspinale, zur Heilung von Tetanus (Merle) 493.
—Behandlung des Tetanus (Bogert) 236.
—Behandlung, prophylaktische, des Tetanus (Kolb u. Laubenheimer) 398.
—Fermentwirkungen bei Schwangeren und Tumorkranken (Lindig) 495.
—Injektion bei unstillbaren Blutungen (Blühdorn) 6.
—Injektion bei Diphtherie (W. Braun) 235.
—Injektion, Behandlung hämorrhagischer Zustände mit (Gismondi) 541.
—, Marmorek-, zur Behandlung chirurgischer Tuberkulose (Gourand u. Roederer) 399.

Serum, therapeutische Maßnahmen (Morel-Lavallée) 549.
—, tierisches, Verwendung in der Chirurgie (Nolhia) 395.
Serviettenhalter bei Bauchhöhlenoperation (Kolinski) 561.
Shock (Tubby) 4.
—, Behandlung des (Wells) 543.
—, Anwendung der Blutdruckbestimmung zur Verhütung und Behandlung des (Bloodgood) 313.
—, Theorien und experimentelle Forschungsergebnisse (Risley) 313.
Sialoadenitis sublingualis acuta epidemica (Hegler) 571.
Siebbein, Osteom des, operiert nach der Methode Moures (Escat u. Bonzoms) 643.
—Zellen, probatorische Eröffnung der (Wertheim) 25.
Sigma elongatum mobile s. a. Flexura sigmoidea.
— elongatum mobile s. a. Hirschsprungsche Krankheit u. Megacolon.
— elongatum mobile, Röntgenbefund (Kienböck) 119.
Silicium-Gehalt des Lebercarcinoms (Robin) 191.
Sinuisitis frontalis acuta und Iridocyclitis acuta (Kellner) 337.
Sinus longitudinalis sup., Schußverletzung des, mit nachfolgender Liquorfistel (Morestin) 179.
— pericranii (Borchard) 735.
— petrosus superior verbunden mit Vena jugularis interna durch Anastomosenkanal (Vallois u. Vinon) 678.
—Thrombose, Beziehung zu Gehirn- und Piablutungen (Vorpahl) 60.
—Thrombose, Operation, Heilung (Grushlaw) 147.
Situs viscerum inversus, Fall von (Wolknowa) 647.
— viscerum totalis (Tennant u. Stover) 514.
Skiagraphische Darstellung von Blasentumoren (Kelly u. Lewis) 767.
Skifahren, Verletzungen beim (Bernhard) 497.
Skikjöring, Verletzungen beim (Bernhard) 497.
Solitärnieren, Pyelographie zur Diagnose der (Immelmann) 607.
Sondenernährung, Modifikation des Fischerschen Apparates zur (G. Maier) 57.
Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose s. Heliotherapie.
Sonnenkur s. Heliotherapie.
Sonnenstrahlen, Wirkung auf Tuberkulose (König) 623.
Spätblutungen bei Appendicitis (Hauch) 460.
Spaltpilz, anaerober, Kleinhirnabsceß bedingt durch (v. Hibler) 493.
Spasmogenes Ulcus pepticum (v. Bergmann) 116.
Spastische Lähmung nach akuter Encephalitis (Higier) 256.
— Lähmungen, Muskelgruppenisolierung zur Beseitigung von (Allison) 843.
Spastisch-ulceröse Magendarmstrikturen, Verfahren zur Diagnostik (Jonas) 591.
Speiche s. Radius.
Speicheldrüsen s. a. Parotis, Glandula submaxillaris, Glandula sublingualis.
—, Aktinomykose der (Guttmann) 291; (Lenormant) 739.
Speicheldrüsen des Menschen, Lymphgefäße der (Aagaard) 423.
Speiseröhre s. Oesophagus.
Spermatorrhöe bei Colliculuserkrankungen (Wasiljew) 615.
Sphincterrisse, entstanden durch traumatische Linsenluxation (Davids) 63.
Spina bifida (Saalmann) 27.
— bifida cranii (Petit de la Villéon) 212.
— bifida, freie Fascientransplantation bei Operation der (Pieri) 573.
— bifida, Meningocele der (Carrière) 574.
— bifida occulta (Joseph) 798.
— scapulae, Cleidoplastik aus der (Molineus) 310.
— scapulae, angeborener Hochstand des linken Schulterblattes mit narbiger Einziehung über der (Kirmisson) 131.
Spinalanästhesie s. Lumbalanästhesie u. Rückenmarkanästhesie.
Spinale Kinderlähmung, Quadricepsplastik bei (Eckstein) 485.
Spinalflüssigkeit s. Cerebrospinalflüssigkeit.
Spinalkanal s. Rückenmark.
Spiralschnitt zur Varicenbehandlung (Fritsch) 166.
Spitzgeschoßverletzungen (Cadenat) 177; (Colmers) 672; (Exner u. Heyrovsky) 243; (Fessler) 719; (Fraenkel) 285; (Franz) 673; (Heyrovsky) 175; (Lotsch) 555; (Monprofit) 329; (Mühsam) 554.
—, Verletzungen durch, in den Belgrader Lazaretten (Soubbotitch) 328.
Spitzysche Operation (Higier) 256.
Splenectomie bei Anaemia splenica (Ambrose) 762.
— nach traumatischer Ruptur der Milz (Fauntleroy) 227.
Splenitis, akute hämorrhagische, mit Spontanruptur (Martyn) 158.
Splenomegalie s. Milzvergrößerung.
Spondylitis Knochentransplantation bei tuberkulöser (Albee) 799; (Kelley) 66.
— tuberculosa (Froelich) 104.
—, typhöse, Wert der radiologischen Untersuchung bei (Auclair, Weissenbach u. Aubourg) 255.
— typhosa (Favre u. Bovier) 800; (Siredey, de Jong u. Million) 800.
Spondylitischer kalter Absceß, Durchbruch in die Lunge (Dollinger) 149.
Spontanfracturen s. a. Fracturen.
— (Le Dentu) 631.
—, tabische (Blencke) 621.
Spontangangrän an den Extremitäten (Koga) 386.
— der Genitalorgane beim Manne und bei der Frau (Spillmann, Thiry u. Benech) 614.
—, Injektionen von Kochsalz- oder Lingleschen Lösungen bei (Koga) 231.
— des Zeigefingers und symmetrische Gangrän (Harttung) 130.
Spontanruptur eines entzündlichen Milztumors (Uhlemann) 468.
Sporotrichose, klinische Ähnlichkeit der Blastomykose und Syphilis mit (Sutton) 547.
— der Augenlider, Tränenfistel vortäuschend (Morax) 680.
—, Fall von (Bremener) 783.

Sporotrichose, Fall von, eine Blastomykosis vortäuschend (Adamson) 323.
— mit Gelenkschwellungen (Adamson) 239.
— der Mundhöhle (Zilz) 797.
— des Oberarms und des Schienbeins (Mauclaire) 284.
Sporotrichosis (Brault) 52; (de Vega) 495; (Wideröe) 284.
Sporotrichum Schenckii (Taylor) 669.
Sportverletzungen (Bernhard) 497.
— der Lunge, Niere, Leber infolge des Schlittelsports (Bernhard) 358.
Sprungbein, variierendes Merkmal des (Appleton) 136.
—, Verrenkung des Fußes unterhalb des (Grune) 312.
Sprunggelenk, Resektion durch mittlere dorsale Schnittführung (Chaput) 392.
Spülung der Bauchhöhle bei abdominalen Operationen (Delétrez) 356.
Spulwurm, Leberabscesse, hervorgerufen durch (Nowicki) 827.
Stahlplatten, durchlöcherte, zur Fracturbehandlung (Joynt) 290.
Stanz-Operation für kleine prostatische Barrieren und Contractur des Blasenmundes (Young) 162.
Staphylococcus pyogenes, Immunisierung gegen, auf intestinalem Weg (Courmont u. Rochaix) 318.
Staphylococcen-Infektion, behandelt mit innerlicher Anwendung von Schwefelsäure (J. u. R. J. Reynolds) 397.
—Vaccin, Modifikation des (Wolfsohn) 138.
—Vaccin „Opsonogen" zur Behandlung der Furunkulose und der Sycosis coccogenes (Zweig) 318.
Star-Extraktionen, Jahresbericht über (Killick) 63.
—Operation s. Katarakt.
Statik des normalen Fußes (Momburg) 312.
Status lymphaticus (Simmonds) 69.
— lymphaticus bei Thymusstenose (Schumacher) 218.
— thymo-lymphaticus (Matti) 70.
— thymo-lymphaticus und Thymustod (B. Müller) 431.
Stauung, Biersche, kombiniert mit Jodtherapie bei Tuberkulose (Bier) 625.
—Binde, neue, für intravenöse Injektionen (Swan) 145.
—Papille, Behandlung der, insbesondere bei Hirntumoren, durch Dekompressiv-Trepanation, mit temporärer extrakranieller Drainage eines Seitenventrikels (Kaelin-Benziger) 250.
—, rhythmische, bei akuten chirurgischen Infektionen (Thies) 668.
Stecknadel in der Bifurkation des Hauptbronchus eingeheilt (Sargnon u. Vignard) 804.
Steckschüsse s. Schußverletzungen.
Steine der Blase s. Blasensteine.
— der Galle s. Gallensteine.
— der oberen Harnwege s. a. Nierensteine und Nephrolithiasis.
— in den oberen Harnwegen (Steward) 832.
— der Harnwege, Röntgenaufnahme (Somon) 470.
Steine des Nabels, sog. (Herzenberg) 809.
— der Niere s. Nierensteine.
— der Prostata s. Prostatasteine.
— der Samenblasen s. Samenblasensteine.
— des Ureters s. Uretersteine.
—, eingekeilt in die Urethra (Fabre) 477. (Rutherfoord) 307.
Steinkrankheiten der Niere s. Nephrolithiasis.
Steinmannsche Nagelextension s. Nagelextension.
Steinschnitt, hoher, Erfahrungen mit der Blasennaht beim, an Kindern (v. Werthern) 126.
Stenose s. a. Strictur.
— der Bronchien, Diagnostik (Jacobson) 182.
— des Colon, innere Behandlung von (Brosch) 190.
—, angeborene, der Pars posterior der Harnröhre (Heinecke) 163.
—, angeborene, des Harnröhrenendes, Pollakiurie als Symptom einer (Ducastaing) 229.
— des Kehlkopfes, Exstirpation des Aryknorpels bei (Iwanoff) 295.
—, doppelte, des Magens (Karplus u. Ury) 693.
—, Verhalten verschiedenartiger, im Magen und Duodenum bei Milchdiät (Jonas) 591.
— des Mastdarms, kongenitale (Reglus) 42.
— des Oesophagus s. Oesophagusstenose.
— des Pylorus s. Pylorusstenose.
— der Trachea s. Trachealstenose.
—, doppelte kongenitale, des Ureter (Lower) 228.
Sterilisation s. a. Desinfektion.
— mittels Formaldehyddämpfen (Gross u. Barthélemy) 144.
— der Hände mittels Jodtinktur (de Andres) 246.
— von Haut und Wunden (Clarke) 790.
— und Aufbewahrung halbweicher Instrumente (Hagen) 145.
Sterilisator, Feld- (Kennedy) 790.
—, Kombination eines tragbaren Irrigators mit (Leighton) 332.
Sternum s. Brustbein.
Stichverletzung des Bauches mit Durchbohrung beider Magenwände (Macewen) 75.
—, in das Gehirn eindringende, der linken Schläfengegend (Karschulin) 61.
— des Herzens (Boehm) 438; (Mitchell) 262.
— des Pericards und der rechten Pleura (Fowelin) 355.
Stickoxydul-Narkose (Keppler u. Breslauer) 16.
—Sauerstoffnarkose (Page) 724.
—Sauerstoffnarkose ohne Äther, Apparat für die (Flemming) 726.
Stickstoff-Gehalt verschiedener Organe bei thyreoidektomierten Tieren (Joustchénko) 69, 217.
—Insufflation, intrapleurale, zur Behandlung der Lungentuberkulose (Aron) 353; (Hamman u. Sloan) 351; (Hymans v. d. Bergh, Josselin de Jong u. Schut) 353; (Rénon) 352; (Sorgo) 352 s. auch Fortanini-Operation und Pneumothorax, künstlicher.
Stimmbänder, Exstirpation bei Kehlkopfstenosen (Iwanow) 508.
Stirn-Bein, Osteomyelitis mit Hirnabsceß des (Lübbers) 209.
—Bein, Syphilis des (Heindl) 291.
—Höhle, chirurgisch-wichtige Formverhältnisse der (Onodi) 63.

Stirn-Höhlenempyem (Lübbers) 209.
—Höhlenkatarrh, kompliziert durch Extraduralabsceß (Johnston) 678.
—Höhlen, postoperative Verödung der (Ssamoylenko) 25.
Stoffelsche Operation (Higier) 256.
Stovain, Abducenslähmung nach Lumbalanästhesie mit (Tenani) 288.
—Lumbalanästhesie (Blair) 244.
—Narkose, bulbäre Lähmungen durch (Nicosia) 411.
— zur Rückenmarksanästhesie (Bedeschi) 411.
— mit Strychninum nitricum, Injektion in den Rückenmarkskanal von (Jonnescu) 558.
Strahlende Energie, Beeinflußbarkeit tiefliegender Carcinome durch (Aschoff) 325.
Strahlentherapie in der Gynäkologie (Krönig u. Gauß) 384.
Streptococcen-Erkrankungen der Haut (Sabouraud) 667.
—Infektion, behandelt mit innerlicher Anwendung von Schwefelsäure (J. u. R. J. Reynolds) 397.
—, Pruritus ani, verursacht durch 157.
—Septico-Pyämie mit pemphigusartigem Hautausschlag (Nicolas, Moutot u. Gaté) 544.
—Toxin von Coley, Krebsbehandlung mit (Kafemann) 174.
Streptothrikosen (Gougerot) 204.
Streptothrix in erkrankten Halsdrüsen (Burnet) 669.
Strichninum nitricum mit Stovain, Injektion in den Rückenmarkskanal von (Jonnescu) 558.
Strictur s. a. Stenose.
— der Harnröhre (Portner) 307.
— der Harnröhre, angeborene (Frank) 768; (Riedel) 767.
— der Harnröhre, Dammfisteln im Anschluß an (Lothrop) 382.
—, enge, der Harnröhre, Excision und Naht in der Behandlung (Cumston) 834.
—, undurchgängige, der Pars bulbo-membranacea der Harnröhre (Deaver) 163.
— der Harnröhre, äußere und innere Urethrotomie bei (Bucklin) 195.
— der Harnröhre, Dilatation der (Guiard) 708; (Schley) 382.
—, doppelte kongenitale, des Ureters (Lower) 228.
Struma (Meisel) 684.
—, angeborene, Fall von (Remy u. Fairise) 684.
— bakteriologische Studie über (Gilbride) 804.
—, interne Behandlung (Hagen) 295.
—, Wirkung des Extraktes aus, auf den Blutdruck und das isolierte Herz (Grube) 217.
—, endemische, Ätiologie der (Bircher) 30; (Mc-Carrison) 296.
—, künstliche Erzeugung von (Blauel u. Reich) 428.
— in der Fossa submaxillaris (Crowther) 423.
—, Knoten-, Kolloidretention in der (Monogenow) 509.
—Komplikationen bei dringlicher Criko- bzw. Tracheotomie (Sehrt) 182.
— nodosa (Simpson) 429.
—, Operation bei (Blain) 804.
— und Parathyreoideae (Lenormant) 429.
—, beidseitige Resektion oder einseitige Exstirpation (Tietze) 805.
Struma, Riedelsche, nach Strumectomie (Simon) 577.
—, intrathorakale, Röntgenlicht bei (Crotti) 297.
—, Röntgenuntersuchung (Crotti u. Bowen) 258.
— Untersuchungen der Schilddrüse bei (Breitner) 576.
—Fälle mit thyreotoxischen Symptomen, Behandlung (Pern) 577.
—, Wasserätiologie der (Kutschera) 345.
Strumitis, Holz-, veranlaßt durch Tuberkulose der Schilddrüse (Tixier u. Savy) 805.
Subconjunctivale Linsenluxation und symmetrische Iridodialysis beider Augen (Leonoff) 502.
Subcorticales Endotheliom (Babitzky) 565.
Subcorticaler Hirntumor tuberkulöser Natur (Hall u. Angus) 565.
Subcutane Pankreasquetschungen (Hagedorn) 274.
Subcutanspritze, neue (Hunt) 290.
Subcutis, Myome der (Sobotka) 785.
Subdurale traumatische Blutungen (Lenormant) 23.
— Cyste traumatischen Ursprungs (Julliard) 678.
Subdurales Hämatom, 2 Fälle von (Bychowski) 251.
Sublimat-Intoxikation (v. Meerdervoort) 676.
—, Einfluß auf Krebs bei Mäusen (Wrzosek) 94.
—Nephritis, akute, chirurgische Behandlung (Mazel u. Murard) 304.
—, intravenöse Einspritzungen zur Behandlung von Sepsis (Candela) 315.
—Alkohol zur Sterilisation von Haut und Wunden (Clarke) 790.
Subluxation des Fußes bei Knöchelfraktur (Toussaint) 392.
— des inneren Meniscus im Kniegelenk (Rocher u. Charrier) 486.
—, angeborene, der Tibia nach vorne (Mayer) 664.
Submaxillaris, erste Entwicklungsstadien der Glandula (Moral) 340.
Submucöse Kauterisation, Larynxtuberkulose, behandelt mit (Pettit) 428.
Subphrenischer Absceß (Bagozzi) 357; (Mauclaire) 220.
Subseröse Adenomyomatose des Dünndarms (de Jong) 223.
Subtotale Magenresektion bei Magenatonie (Fletcher) 456.
Supination des Vorderarms bei traumatischen Verletzungen (Destot) 165.
Supraclaviculare Anästhesierung des Plexus brachialis; s. a. Plexusanästhesie.
Supracondylärbruch des atrophischen Femur (Lejars) 485.
Supracondyläre Fractur des Humerus, frühzeitige Operation bei (Broca) 483.
— Oberarmfractur, geheilt durch Vernagelung (Brau-Tapie) 387.
Supraorbitalis-Nerven, neurolytische Injektion bei Neuralgie (Corsy) 333.
Suprapubische Blasenfistel, Tag- und Nachtapparat bei (Loumeau) 247.
— Cystostomie, Indikation bei Prostatacarcinom (Cumston) 836.
— Operationsmethode bei Prostatahypertrophie (König) 382.
— Prostatectomie s. Prostatectomie.

Suprapubische Urinentleerung, neuer Apparat für (Mark) 642.
Suprapubischer Blasenschnitt zur Exstirpation eines Blasenpapilloms (Negrete) 229.
Suprarenine, synthetische, und ihre Derivate, experimentelle Studie (Loup) 244.
Supratonsillaris, fossa, Freilegung der, durch Einschneiden des vorderen Gaumenbogens (Rosenberg) 104.
Suspension des Kopfes, praktische Vorrichtung zur (Chlumsky) 332.
Suspensionslaryngoskop, Beobachtungen (Freudenthal) 427.
Sycosis coccogenes, Behandlung mit dem Staphylokokken-Vaccin „Opsonogen" (Zweig) 318.
Symbiotisches Wachstum von gasbildenden und nicht gasbildenden coliartigen Bacillen (Bradley) 635.
Symmetrische Gangrän und Spontangangrän des Zeigefingers (Harttung) 130.
Sympathicus s. Nervus sympathicus.
Sympathoblastentumor des Halssympathicus (Martius) 801.
Synostose, kongenitale radio-ulnare (Baisch) 47.
— des Vorderarmes, kongenitale (Maass) 533, 844.
Synoviale Arthritis, chronische, Fall von Hysterie unter dem Bilde einer (De Lucchi) 166.
Syphilis, Wirkung von intravenösen Infusionen mit Aurum-Kalium cyanatum (Merck) bei (Bruck u. Glück) 139.
— der Blase (Picker) 475.
— und Blastomykose, klinische Ähnlichkeit mit Sporotrichose (Sutton) 547.
— des Brustbeins (Schulman) 646.
— in der chirurgischen Poliklinik (Coues) 717.
— der Glandula thyreoidea (Pujol) 577.
—, hereditäre, und Pagetsche Knochenkrankheit (Etienne) 400.
—, Kehlkopfcarcinom nach (Ledermann) 575.
— angeborene, platter Knochen, röntgenologische Erkennung von (Fraenkel) 399.
—, commissurale Leukoplasie ohne vorher bestehende (Queyrat u. Bouttier) 104.
— des Magens, eine Neubildung vortäuschend (Comite) 459.
— und Raynaudsches Syndrom (Semon) 201.
— des Stirnbeins und der Stirnhöhlen (Heindl) 291.
—, unerkannte und latente, vom chirurgischen Standpunkte aus (Coues) 140.
— des Zentralnervensystems, operative Therapie (Schoenborn) 642.
Syphilitiker, Zwergwuchs und Riesenwuchs bei Kindern eines (Köhler) 238.
Syphilitische Sattelnase ausgeglichen (Morestin) 102.
— Meningomyelitis als traumatische Neuralgie anerkannt (Gruber) 105.
— Erkrankungen der Bauchorgane (Hausmann) 111.
— Elephantiasis am Oberarm (Balzer u. Belloir) 483.
— Hyperostosen, hereditäre, an den langen Knochen (Levy-Bing u. Duroeux) 482.
Syphilitischer Schanker, gleichzeitig mit commissuraler Leukoplasie (Landouzy u. Pinard) 149.
Syphilogene Erkrankungen des Zentralnervensystems (Nonne) 336.
Syphilom, vollständige Resektion des linken Leberlappens wegen (De-Francisco) 760.
—, einem Mediastinalcarcinom ähnlich (Bensaude u. Emery) 350.
Syringomyelie, Schultergelenkverletzungen bei (Elliott) 310.
— und Unfall (Lewy) 554.

Tabes dorsalis, Studie über die gastrischen Krisen bei (Cade u. Leriche) 181.
— dorsalis, gastrische Krisen durch Förstersche Operation behandelt (Frazier) 343.
—, Frankesche und Förstersche Operation bei den Eingeweidekrisen der (Leriche) 507.
—, larvierte, Subluxation des Fußes bei (Toussaint) 392.
— und Patellafrakturen (Le Dentu) 631.
Tabiker, Mal perforant im Mund bei (Balzer, Belloir u. Tarneaud) 570.
—, Patellarfraktur bei einem (Spencer) 86.
—, Rückenmarksoperationen bei (Sicard) 507.
Tabische Arthropathien, chirurgische Behandlung (Oehlecker) 775.
— Arthropathien und Spontanfrakturen (Blencke) 621.
— Coxitiden (Breus) 389.
— Visceralkrisen, Wirkung der Spinalnarkose bei (Bökelmann) 498.
Talmasche Operation bei Splenectomie (Goebel) 158.
Talonaviculare-Gelenk, Fall von Luxation im (Nobe) 88.
Talus, Luxatio pedis unterhalb des (Grune) 312.
—, variierendes Merkmal des (Appleton) 136.
Tampondrainage, abdominale (Küster) 263.
Tansinis-Verbindung der Splenectomie mit der Talmaschen Operation (Goebel) 158.
Tastlähmung, Wernickesche, nach einer Hirnschußverletzung (Sztanojevits) 566.
Tendolysis mit Fettplastik (Eden) 714.
Tenotomie, partielle, Leitklemme für (Harman) 55.
Teratom, Mediastinal-, (Masson) 690.
— des Oberkiefers (Goto) 417.
— der Occipitalgegend (Tourneux) 418.
— der Schilddrüse bei einem Foetus (Russell u. Kennedy) 645.
Testis s. Hoden.
Tetanie, Übererregbarkeit der Nerven bei (Macballum) 578.
Tetanus-Antitoxin (Rouxsches Serum), Anaphylaxie 3 Jahre nach einer Injektion von (Gueit) 319.
—, abnorm verlaufender, trotz präventiver Injektion von Antitoxin (Curtillet u. Lombard) 203.
— nach Verletzungen des Auges (Aubaret) 738.
—Behandlung s. a. Tetanusantitoxin, Magnesiumsulfat und Paraldehyd.
—, Behandlung des 397.
— bei infizierten Extremitätenschüssen (Exner) 407.
—, Magnesiumbehandlung des (Arnd) 236.
— traumaticus, Magnesiumbehandlung des (Dutoit) 319.

Tetanus, Heilung mit Magnesiumsulfat (Kocher) 282.
—, Heilung durch intravenöse Einspritzungen von Paraldehyd (Atkey) 283.
—, Serumbehandlung des (Bogert) 236.
— geheilt durch intraspinale Serumbehandlung (Merle) 493.
—, prophylaktische Serumtherapie des (Kolb u. Laubenheimer) 398.
—Toxin, Einfluß auf die Proteolyse und Aminogenese des zentralen Nervensystems (Soula) 493.
Tetrachlorcarbonizierte Jodtinktur 560.
Tetrodotoxin, Wirkung gegen Enuresis nocturna (Inouye) 527.
Thalamus opticus, anatomische Untersuchungen eines Falles von Hemianästhesie und Herdläsionen im (Beriel) 211.
Therapie, innere, des Duodenalgeschwürs (Strauß) 268.
—, physikalische, heutiger Stand der (E. A. Weil) 58.
Thiosinaminvergiftung (Jjiri) 492.
Thiriardsche Sauerstoffinsufflationen (Müller) 635.
Thoracoplastik (Schepelmann) 434.
—, extrapleurale (Baer) 184; (Sauerbruch u. Eving) 108.
Thoracoskopie (Jacobaeus) 438.
Thoracotomie, doppelte, doppelseitiges Pleuraempyem geheilt durch (Bozzotti) 151.
Thorax-Bauch-Beckenspalte, angeborener partieller Defekt des Rückenmarkes mit (Stauffer) 425.
—Chirurgie, Zukunftsaussichten (Stetten) 432.
—Dilatation, Chondrectomie zur Behandlung der (Tytgat) 434.
—, Operation der starren Dilatation des (Doerfler) 808.
—, negativer Druck im (v. Wyss) 510.
—, Verengerung des, bei Lungentuberkulose, Pfeilerresektion der Rippen zur (Wilms) 260.
Thoraxwand-Resektion mit Meltzerscher Insufflation (Nordmann) 287.
—, vordere, melanotisches Sarkom der (Laurenti) 686.
Thorium X, Salvarsan und Cholin-Selenvanadium, Kombination von stärkster Radiotherapie mit (Kafemann) 174.
Thromboangeitis nach Leo Buerger, mit intermittierendem Hinken (Weber) 133.
Thrombophlebitis, postoperative (Burnham) 314.
—, septische, der Beckenvenen (Sanes) 618.
— bei Unterleibstyphus (Sabella) 172.
—, akute, Anwendungsweisen von Wasser bei (Joly) 541.
Thromboplastische Tätigkeit von in das Blut eingeführten Substanzen (de Waele) 490.
Thrombose der Durasinus, Studium der (Mancini) 642.
—, septische, des linken Seitensinus und der Vena jug. int. bei otogener seröser Meningitis (Stockdale) 25.
— der Sinus, Beziehung zu Gehirn- und Piablutungen (Vorpahl) 60.
—, toxische, Aufbau und Entstehung (Kusama) 490.
Thymektomie (Parker) 259.
— bei Basedow (Capelle) 686; (Haberer) 685.
— bei der Kröte (Salkind) 218.
Thymus-Anlage, Halsfisteln hervorgehend aus (Wenglowski) 294.
—, Blutbildung in der (Retterer u. Lelièvre) 509.
—Drüse, Chirurgie der (Parker) 259.
—Drüse, Physiologie und Pathologie der (Basch) 33; (Matti) 70.
—, Histologie der (Pappenheimer) 685.
—Hyperplasie, Radiotherapie der (Dutoit) 297.
—Hyperplasie, Röntgenlicht bei (Crotti) 297.
—Hypertrophie (Berry) 296.
—Hypertrophie, Verwendbarkeit der Röntgenstrahlen bei (Eggers) 430.
—Hypertrophie und Status lymphaticus, Komplementbindungsreaktion bei (Luzzatti) 107.
—persistens (Tschekajew) 182.
—, Einwirkung der Röntgenstrahlen auf (Eggers) 430.
—, Beziehung zur Schilddrüse (Basch) 33.
—Stenose, Pathologie der (Schumacher) 218.
—Tod und Status thymolymphaticus (B. Müller) 431.
—Tod und Tracheostenosis thymica (Crotti) 431.
—, Tracheostenosis durch (Hoeniger) 182.
Thyreoidea s. Schilddrüse.
Thyreoidektomierte Tiere, Gehalt an Phosphor, Stickstoff und Lipoiden bei (Juschtschenko) 69.
Thyreoiditis (Luzzatti) 106.
— chronica maligna (O. Meyer) 31.
Thyreotoxische Symptome, Auftreten bei Geschwulstmetastasen in der Schilddrüse (Mori) 31.
— Symptome, Behandlung von Kropf-Fällen mit (Peru) 577.
Tibia, Absceß der (Potherat) 631.
—Ende, Brüche des oberen (Moreau) 776.
—, Knochenplastik bei Pseudarthrose der (Vulpius) 848.
—, osteomyelitis, erfolgreiche Behandlung durch Fetttransplantation (Chaput) 311.
—, Sporotrichose der (Mauclaire) 284.
—, angeborene Subluxation nach vorne (Mayer) 664.
Tibiale externum, Os-, Brüche des Kahnbeins vortäuschend (Mouchet) 632.
Tic douloureux, neue Behandlungsmethode der peripheren Äste des Trigeminus (Cates) 564.
Tiergeschwülste, Versuche über die Biologie der (Lewin) 323.
— hervorgerufen durch Nematoden (Fibiger) 496.
—, Wirkung von Schwermetallen auf bösartige (Lewin) 552.
Tierserum bei Blutungen (Carnot) 315.
Tonsillectomie (Halle) 424.
—Methode mit Hilfe des Alveolar-Vorsprungs des Unterkiefers (Sluder) 571.
Tonsillectomie, neue Methode der (Klapp) 739.
— mit Aurelius Réthischen Expressor (Lengyel) 740.
—, schwere Blutung nach (Malan) 571.
—, radikale, bei chronischer Tonsillitis (Pässler) 424.
Tonsillen, neueste Erfahrungen der Ektomie (Richter) 424.

Tonsillen- und Peripharyngealabsceß (de Vaugiraud) 26.
—, Beziehung zu Halslymphdrüsentuberkulose (Trautmann) 802.
—, Knorpel- und Knocheninseln an und in (Grunwald) 214.
—, Bekämpfung der Nachblutungen bei chirurgischen Eingriffen der (Réthi) 798.
—Operationen (Rosenberg) 104.
—Operation, klinische Bedeutung von Anomalien der Carotis interna bei (Skillern) 149.
—, Freilegung der Fossa supratonsillaris durch Einschneiden des vorderen Gaumenbogens, als Hilfsschnitt für Operationen an den (Rosenberg) 104.
Tonsillitis, chronische, radikale Tonsillektomie oder konservative Behandlung (Pässler) 424.
Tonsillotomie, Endresultate (Whale) 425.
Torsion des Hodens (Soschtschin) 708.
— des Samenstranges eines ektopischen Leistenhodens (Tasca) 836.
Torsionsileus bei Testis retentus (Gurdus) 478.
Torus olfactorius (Onodi) 63.
Toxinwirkung, Ursache von Rachitis (Ribbert) 50.
Toxische Infektionen und Nebennieren (Marie) 375.
Trachea, seltener Fall eines Blutegels in (Zografides) 150.
—, experimentelle Chirurgie der (Caldera) 682.
—, Durchschneidung der, bei einem Geisteskranken (Chalier u. Bovier) 803.
—Durchtrennung zur Bronchoskopie (Zimmermann) 150.
—, Fremdkörperextraktion vermittels oberer Bronchoskopie (Davis) 257.
—, Neubildungen der (v. Bruns) 508.
—, Pathologie der (Gerber) 30.
—, Tumor der, direkte Tracheoskopie bei (Le Jeune) 684.
Tracheal-Schnitt, Behandlung der Trachealstenosen nach dem (Thost) 683.
—Stenosen, Herzvergrößerung bei experimentellen (Ströbel) 576.
—Stenose, kombinierte (Schlemmer) 683.
—Stenosen nach dem Luftröhrenschnitt, Behandlung der (Thost) 683.
—Stenose, künstliche, Einfluß auf die Schilddrüse (Reich u. Blauel) 803.
—Stenose, Resection von tuberkulösen Bifurkationslymph-Drüsen wegen (Betke) 107.
Tracheobronchoskopie (Turner u. Fraser) 257.
Tracheoskopie, direkte, bei Tumor der Trachea (Le Jeune) 684.
Tracheostenosis thymica (Hoeniger) 182.
— thymica und Thymustod (Crotti) 431.
Tracheotomie-Erfahrungen (Navratil) 427.
— mit besonderer Berücksichtigung der Kropfkomplikationen (Sehrt) 182.
Tränenfistel vorgetäuscht durch Sporotrichosis der Augenlider (Morax) 680.
Transduodenale Darmwaschungen (Jutte) 453.
— Hepaticusdrainage (Hörz) 120.
Transfusion s. a. Bluttransfusion.
— (Chamberlain) 201; (Crile) 458.
—, Blut-, Technik und Resultate (Santoro) 394.
— mit Brewers Tubes (Kelley) 55.
Transjejunale Hepaticusdrainage (Nordmann) 702.
Transplantation konservierter Amnionmembranen auf Brandwunden und Ulcera (Stern) 778.
—Verfahren zur Behandlung von Extremitäten-Ankylose (Charbonnel) 309.
—, freie, der Fascien (Korneff) 538.
—, freie, der Fascien, Blasenscheidenfistel geheilt durch (H. H. Schmid) 839.
— freie, der Fascien, bei Operation der Spina bifida (Pieri) 573.
—, freie, der Fascie, bei Ptosisoperation (Aizner) 179.
— der Fascia lata (Lucas) 396.
— der Fascie, Verhalten der, im menschlichen Organismus (Chiari) 316.
—, Fascien-, zum Zwecke der Rectopexie und Nephropexie (Ach) 701.
— von Fett (Hayward) 714.
— von Fett, 3 Fälle von (Etienne u. Aimes) 396.
— von Fett in der Gelenkchirurgie (Röpke) 771.
— von Fett zum Verschluß von Nabelbruchpforten (Chaput) 186.
— von Fett, zur Behandlung der Tibia osteomyelitis (Chaput) 311.
— von Finger- und Zehenphalangen (Goebel) 310.
— der Gallenblase in den Magen-Darmtractus, Veränderungen bei (Smith) 826.
— von Geschwülsten (Nassetti) 325.
— von Geweben und Organen (Donati) 778.
—Methode der Haut bei Operation des Brustkrebses (Bowers) 349; (Halsted) 297.
— von Hautlappen zur Deckung der Defekte des harten Gaumens (Vigyàzó) 214.
—, Haut-, neue Methode (Calot) 396.
—, Haut-, Prinzipien der Technik (Hertzler) 396.
—, experimentelle Hornhaut- (Salzer) 253.
— von Knochen aus der Leiche (Lexer) 773.
— von Knochen aus der Leiche und vom Affen (Küttner) 773.
— von Knochen zur Wiederherstellung der Nase (Carter) 569.
— von Knochen zur Korrektur der Formfehler der Nase (Maljutin) 293.
— von Knochen bei tuberkulöser Spondylitis (Albee) 799.
— der Knochen, Untersuchungen über (Bloodgood) 94.
—, Knorpel, spezifische Nasendeformität ausgeglichen durch (Morestin) 102.
— von Mäusecarcinom auf Kaninchen (Strauch) 174.
—, Verwendung fötaler Membranen zur (Sabella) 540.
—, neue Methoden und Versuche (Elgart) 665.
— der Nieren, Erfahrungen (Mantelli) 304.
— von Oberarmhaut zum Ersatz von Wangenschleimhaut (Schmieden) 563.
—, freie, des Peritoneums (Friedemann) 361.
—, freie, des Peritoneums (Hofmann) 265, 649.
— von Rippenknorpel in gestielte Hautlappen (Davis) 714.
— von Schilddrüse in die Milz und das Knochenmark (Kotzenberg) 576.
— von Schleimhaut, freie (Axhausen) 714.
— der Sehnen (Galloway) 130.
— der Sehnen, freie (Enderlen) 845.

Transplantation der Sehnen bei Kinderlähmung (Martinez) 629.
— der Sehnen bei Klauenfuß (Forbes) 200.
— der Sehnen zur Heilung von Sehnenverletzungen (Rehn) 773.
— der Vena jugularis externa zum Ersatz der Vena cava inferior (Jeger u. Israel) 584.
Transpleurale Resektion eines Cardiacarcinoms (Zaaijer) 457.
Transvesicale Prostatectomie (Maugeais) 277.
Trauma und Duodenalgeschwüre (Hiltmann) 594.
— und Geschwulstbildung (Åkerman) 783.
—, Ergrauen der Haare nach (F. Fischer) 327.
—, Psychosen und Neurosen nach (Raecke) 718.
Traumatische subdurale Blutungen (Lenormant) 23.
— Epilepsie nach Kopfverletzungen (Eguchi) 418.
— Kyphose, Kümmels (Malling) 104.
— Myositis ossificans (Stevens) 90.
— Neuralgie, luetische Meningomyelitis anerkannt als (Gruber) 105.
— Neurosen (Neel) 98.
— Ursprung, interessante Fälle von (Mantegazza) 497.
Trendelenburgsche Operation bei Lungenembolie s. Lungenembolie.
Trepanation, Cushings temporale, bei Basisfracturen (Neel) 98.
—, Elliotsche, Technik der (v. Mende) 63.
—Instrumente (Spechtenhauer) 726.
Treves' fötale peritoneale Falten, Verwandtschaft mit Jacksons Membran und Lanes Schleife (Eastman) 823.
Trichterbrust, kongenitale, 2 Fälle von (Frühwald) 744.
Trigeminus, sensible vom Ganglion kommende Nervenfasern der Muskeln, versorgt vom (Edgeworth) 681.
—Neuralgie behandelt mit Alkoholinjektionen (Kryński) 250.
—Neuralgien behandelt durch Alkoholinjektionen ins Ganglion Gasseri (Alexander u. Unger) 89.
—Neuralgien, elektrolytische Behandlung (Réthi) 209.
—Neuralgie, Härtelsche Injektionsbehandlung des Ganglion Gasseri bei (Simons) 563.
—Neuralgie, Hyoscinmorphiumanästhesie bei Alkoholinjektionen wegen (Harris) 564.
—Neuralgie, neurolytische Injektionen bei (Corsy) 333.
—Neuralgie, Fortschritte der physikalischen Therapie bei (Alexander) 791.
— beim Tic douloureux, neue Behandlungsmethode der peripheren Äste des (Cates) 564.
Trikotschlauchbinden, Zugverbände mit (Arnd) 21.
Trikresolformalin, Berufsdermatose bei Zahnärzten, hervorgerufen durch (Wolters) 415.
Trinkwassertheorie der Ätiologie des endemischen Kropfes (Bircher) 30.
Trioxymethylen, Desinfektion mit (Gross u. Barthélemy) 144.
Tripolis-Expedition, chirurgische Erfahrungen des deutschen Roten Kreuzes (Goebel) 673.
—, Feldlazarett in (Hill) 142.
Tripper s. Gonorrhöe.
Trivalin (Mehliss) 639.
Trochanter maior, Fernresultat einer Verschraubung des, wegen Schenkelhalsfractur (Cruet u. Moure) 391.
Trochlearislähmung, isolierte bei Diabetes mellitus (Kaiser) 213.
Trophoneurotische Störungen und Hertzsche Schwingungen (Patourel) 483.
Trypsin-Behandlung tuberkulöser Herde (Lance) 173.
—, klinische Bewertung der Untersuchungsmethoden (Krylow) 813.
Tube, akute Peritonitis infolge Durchbruchs der (Duvergey) 479.
Tuberculin, Dixons, bei vorgeschrittener chronischer ambulatorischer Tuberculose (Francine u. Hartz) 550.
—Kur bei Knochen- und Gelenk-Tuberkulose (Wilms) 624.
—Reaktion, lokale, Untersuchungen über die klinische Anwendbarkeit der (Andersen) 493.
— Rosenbach, Erfahrungen über (Kausch) 284.
— Rosenbach, Behandlung tuberkulöser Herde durch örtliche Injektion von (Rosenbach) 716.
— in der Behandlung des Schleimhautlupus (Albanus) 321.
Tuberculum majus humeri, Abrißfractur des (v. Erps) 709.
Tuberkulom des Kehlkopfes (Sanderson) 508.
Tuberkulomen, Nucleohiston in (de Veylder) 325.
Tuberkulose, tuberkulös.
— s. a. Pseudotuberkulose.
— der Haut und Schleimhaut s. Lupus.

Tuberkulose. Bacillen.

Tuberkelbacillen (Weber) 548.
— (Typus bovinus) (Rupp) 238.
— (Typus humanus) (Rupp) 238.
—Nachweis im Blut (Kahn) 398; (Kessler) 398.
— im strömenden Blut (Krabbel) 7; (Querner) 283; (Rosenberg) 284.
—, virulente, im Blut, nach der diagnostischen Tuberkulininjektion (Bacmeister) 398.
—, Schicksal der, in den Blutgefäßen (Costantini) 92.
—, intraperitoneale Lysis der (Manwaring u. Bronfenbrenner) 810.
—Befunde im Urin bei Hodentuberkulose (Löwenstein) 617.

Allgemeines.

Tuberkulose-Diagnostik, lokale Agglutinine in der (Karwacki) 548.
—, angeborene (Harbitz) 716.
—, Allgemein-, Boecksches Sarkoid bei (Stümpke) 549.
—, hypophysäre Glykosurie bei (Claude, Baudouin u. Porak) 643.
— Infektion, Pathogenese (Calmette u. Guérin) 7.
—, pseudoneoplastische, der Sehnenscheiden (Brugère) 140.

Behandlung.

Tuberkulose, äußere, Wirkung von intravenösen Infusionen mit Aurum-Kalium cyanatum (Merck) bei (Bruck u. Glück) 139.
—, chirurgische, Behandlung (Formichella) 549; (Iselin) 494.

Tuberkulose, chirurgische, Dioradin bei (Stoney) 173.
—, chirurgische, Wirkungsweise der „umstimmenden“ Einspritzungen bei (Lance) 173.
—, entzündliche, chirurgische Erscheinungsformen (Cotte u. Alamartine) 493.
—, chirurgische, Heilstättenbehandlung (Vulpius) 550.
—, chirurgische, Heliotherapie bei (Armand-Delille) 238.
—, chirurgische, Ionensterilisierung bei (Massey) 238.
—, chirurgische, behandelt mit Marmorekserum (Gourand u. Roederer) 399.
—, chirurgische, Erfahrungen mit Mesbé bei (Butzengeiger) 93; (Michejda) 549.
—, chirurgische, Behandlung mit Phosphacid nach Romanowsky (Djedoff) 669.
—, chirurgische, Wirkung der Röntgenstrahlen (Neu) 399.
—, vorgeschrittene chronische anbulatorische, behandelt mit Dixon Tuberkulin (Francine u. Hartz) 550.
— Finsenbehandlung bei (Reyn) 333.
—Behandlung mit Jod nach Durante (Formichella) 549.
—, Behandlung mit Kaltblüterbacillen (Dubois) 669.
— der Kinder, Behandlung durch Seebäder und Insolation (Revillet) 8.
— im Kindesalter, Heliotherapie bei (Leriche) 791.
—, örtliche, mißbräuchliche Anwendung sog. spezifischer Klimate in der Behandlung der (Mencière) 321.
—, äußere, Kupferbehandlung (Strauß) 549.
—, Impf-, Einfluß von Kupfer auf (Corper, de Witt u. Wells) 716.
—, Entgiftung durch Röntgenbestrahlung (Iselin) 320.
—Herde, Behandlung durch örtliche Injektion von Tuberculin-Rosenbach (Rosenbach) 716.
—, äußere, Sonnenbehandlung der (Rollier) 319.
—, Weißsche Reaktion (Permanganatprobe) im Urin bei (Vitry) 194.

Haut und Schleimhaut.

Tuberkulose, entzündliche, und Psoriasis (Petges u. Desqueyroux) 493.
— der Schleimhaut, moderne Behandlung (Albanus) 321.

Drüsen.

Tuberkulose der Bifurcationslymphdrüsen, Resektion von, wegen Trachealstenose (Betke) 107.
— der Brustdrüse (Powers) 348.
— der Drüsen (Jaugeas) 399.
— der Drüse, Erstickungsanfall infolge Durchbruchs in den Bronchus (Oeri) 510.
Tuberkulose der Halslymphdrüsen, Beziehung zu Tonsillen und Lunge (Trautmann) 802.
—, Beziehung zur HodgkinschenKrankheit(Much) 203.
— der Mesenterialdrüsen (Floderus) 691.
—, Kombination mit Krebs in metastatisch erkrankten Drüsen (Krische) 93.
— der Nackendrüsen, konservative Behandlung der (Brown) 67.
Tuberkulose der Parotis (Loumaigne) 504.
— der Schilddrüse bei Basedow (Klose) 258; (Oehler) 347.
—, follikuläre, der Schilddrüse in Gestalt der Holzstrumitis (Tixier u. Savy) 805.

Auge und Ohr.

Tuberkulose, epibulbäre (Guzmann) 102.
— des Ohres (Milligan) 681; (Oertel) 504.

Gehirn.

Tuberkulose des Gehirns (Hall u. Angus) 565.
Tuberkulöse Meningitis, Entstehung der (Artamonow) 792.
— Meningitis, Liquoruntersuchung bei (Blatteis u. Lederer) 645.

Kehlkopf und Schlund.

Tuberkulose, Dysphagie bei, behandelt durch Anästhesierung oder Resektion des N. laryng. sup. (Grivot) 216.
— des Larynx, neue Behandlungsmethode der Dysphagia dolorosa bei, durch Resektion des inneren Astes des N. laryngeus superior (Chalier) 29.
— des Larynx, beginnende (Pettit) 428.
— des Larynx (Thomson) 684.
— des Larynx, chirurgische Behandlung der (Arnoldson) 30.
— Ulcerationen im Larynx und Rachen, Jodtherapie (Ohnmacht) 575.
— der Zunge und des Kehlkopfes (Harms) 571.
—, primäre, der Zunge (Gersdum) 214.
— des Pharynx, akute miliare (A. Meyer) 572.

Brust- und Bauchwand.

Tuberkulose der Brustwand, ein Myxom vortäuschend (Stéfani) 108.

Bauchfell

Tuberkulose des Peritoneums, Cystenbildung bei (Geipel) 113.
— des Peritoneums, Heliotherapie bei (d'Oelsnitz) 38.
— des Peritoneums, Laparotomie bei (Pantzer) 515.
— des Peritoneums, operative und nichtoperative Behandlung (Kümmell) 588.
—des Peritoneums, Fall von (Edén) 812.

Lungen s. Lungentuberkulose. Magen und Darm.

Tuberkulose des Anus und des Rectums (Chardom) 371.
— Appendicitis beim Kinde (Lereboullet) 155.
— Cyste, wahrscheinlich vom Pankreas ausgehend (J. M. u. E. M. Mason) 191.
— Darmgeschwüre, zwei primäre Carcinome auf dem Boden alter (Herzog) 94.
— Darmperforation, multiple (Abadie) 365.
—, stenosierende hypertrophische, ausgedehnte Resektion des Dickdarms bei (Razzaboni) 825.
— des Magens (Zesas) 818.
— des Magens, Pathologie (Melchior) 459.

Harn- und Geschlechtswege.

Tuberkulose, akute, nach gynäkologischen Eingriffen (Prochownick) 93.
— der Adnexe durch Typhusbacillen mischinfiziert (Fullerton) 479.
— der Adnexe, Bedeutung der Darmläsionen für die Operationsprognose bei (Degouttes u. Olivier) 619.
— der Blase s. a. Blasentuberkulose.

Tuberkulöse Cystitis, aktuelles Problem der (Legueu) 126.
—— Cystitis bei Greisen, 2 Fälle von (Rochet) 81.
Tuberkulose der Hoden (Kirmisson) 186; (Walker) 379.
—— der Hoden, Bacillenbefunde im Urin bei (Löwenstein) 617.
—— der Hoden infolge Verhebens oder Erschütterung des Körpers (Roepke) 230.
—— der Nieren s. Nierentuberkulose.
—— der Prostata (Götze) 659.
—— und Uteruscarcinom, Studium des gleichzeitigen Vorkommens von (Guillou) 241.
—— des Urogenitalsystems (Thompson) 305.
—— des Urogenitalsystems, Infektionswege bei (Walker) 379.
—— der Vulva, elephantiastische, (Daniel) 47.

Knochen und Gelenke.

Tuberkulöse Coxitis, Hüftgelenksresektion bei (Morton) 390.
— Coxitis (Bradford) 534; (Taylor) 593.
— chondrocostale und chondrosternale Arthritis (Lozano) 686.
— Arthritis des Ellbogens (Lozano) 709.
— Arthritis des Handgelenkes (Lozano) 710.
Tuberkulose der Gelenke (Ely) 204; (Porter) 842; (de Quervain) 8.
— der Gelenke, eitrige fistulöse, Behandlung (Völker) 625; (v. Wrześniowski) 625.
— der Gelenke, wenig bekannte Formen der (Lozano) 237.
— der Gelenke, Heliotherapie bei (Jaubert) 791.
— der Gelenke, periodisch intermittierende Hydrarthrose bei (Chiray u. Michelowsky) 86.
— der Gelenke, ohne Knochenerkrankung, gutartige Form von (Chalier u. Maurin) 140.
— der Knochen (de Quervain) 8.
— der Knochen und Gelenke (Fraser) 709; (Garrè) 622; (König) 623; (de Quervain) 624; (Wilms) 624.
— der Knochen und Gelenke, Bacillentypen von (Fraser) 781.
— der kindlichen Knochen und Gelenke (Böhm) 204.
— der Knochen und Gelenke, Behandlung mit orthopädischen Maßnahmen (Oehlecker) 236.
— der Knochen und Gelenke, Röntgenbehandlung bei (Schede) 782.
— der Knochen, Röntgenbilder bei (Hammond) 237, 321.
—, Knochen- und Gelenk-, Einführung in das Studium der (Ménard) 172.
Tuberkulöser Rheumatismus und chronische Arthritiden (Poncet) 621.
Tuberkulose der Wirbelsäule (Froelich) 104.
— der Wirbelsäule, Osteoplastik bei (Albee) 799; (Kelley) 66.
Türkisch-bulgarischer Krieg, Erlebnisse und Beobachtungen (Tintner) 407.
Türkischer Kriegsschauplatz (Wieting) 14, 408.
Tumoren s. Geschwülste.
Turmschädel, Sehstörungen beim (Schloffer) 738.
Typhlatonie (Stern) 598.
Typhlitis und Appendicitis (Gonzalez) 518.
Typhöse Darmperforation, Behandlung der (Lance) 118.
Typhöse Gallenblaseninfektion bei einem Kind (Lowenburg) 602.
— Osteomyelitis, Pathologie (Rogers) 573.
— eitrige Ostitis, 13 Jahre nach einer Attacke von Typhusfieber (Tubby u. Hicks) 165.
— Phlebitis, latente Formen (Gouget) 283.
—, Spondylitis bei (Favre u. Bovier) 800.
—, Spondylitis bei (Siredey, de Jong u. Million) 800.
— Spondylitis, Wert der radiologischen Untersuchung bei (Auclair, Weissenbach u. Aubourg) 255.
Typhoid spine, Pathologie (Rogers) 573.
Typhus-Bacillen, Adnextuberkulose mischinfiziert durch (Fullerton) 479.
—Geschwüre, Perforation von (Cole) 459.
—, Milzruptur durch Trauma bei (Ishioka) 605.
—, Venenentzündung bei (Sabella) 172.

Überdruck-Apparat, neuer (Klapp) 726.
—, Beeinflussung der Blutzirkulation in der Lunge durch (v. Rohden) 687.
Überpflanzungen s. Transplantation.
Ulceration, Röntgen-, chronische, Behandlung (Deutsch) 562.
Ulcus s. a. Geschwür.
— der Blase, einfaches perforierendes (Lefèvre) 230.
— callosum ventriculi totale, Exstirpation (Sasse) 592.
—Carcinom des Magens, Resultate der Behandlung (Faroy) 593.
— cruris, konservative Behandlung des (Solowjew) 776.
— cruris behandelt mit getrockneter Luft (Jaffé) 200.
— duodeni s. Duodenalgeschwür.
— pepticum, Resultate der Gastroenterostomie bei (Bourne) 300.
— pepticum jejuni (v. Haberer) 696.
— pepticum, spasmogenes (v. Bergmann) 116.
— rodens s. a. Carcinom.
— rodens, ungewöhnliche Form (Sequeira) 402.
— ventriculi s. Magengeschwür.
Ultraviolette Strahlen zur Behandlung der Tuberkulose (Mencière) 321.
Umbilicalerkrankungen s. Nabelerkrankungen.
—Hernie s. Nabelbruch.
Unfälle durch elektrischen Strom (Jellinek) 13.
Unfall-Folgen, Gewöhnung an (Scheutz) 718.
—Folge, Hirnabscesse als (Fürbringer) 61.
—Folge, den Symptomen der Klumpkeschen Lähmung ähnliche (Weiß) 28.
—Gesetz, angebliche Orchitis par effort vor dem (De Cortes) 81.
— und Krebskrankheit (Löwenstein) 325.
—, Muskeldystrophie nach (Marcuse) 90.
— und Syringomyelie (Lewy) 554.
—Versicherte, Beschränkung der Arbeitsfähigkeit (Aievoli) 661.
Ungefilterte Röntgenbestrahlung (Nogier u. Regaud) 21.
Unterbindung, mechanische, in der Chirurgie (Lastaria) 145.
Unterdruck, Beeinflussung der Blutzirkulation in der Lunge durch (v. Rohden) 687.

Unterkiefer, Adamantinom des (Goris) 797; (Ruff u. Hornowski) 644.
—Bruch, zwei Fälle von (Witzel) 728.
—Defekte, Ersatz von (Schmieden) 729.
—Prothese, neue Methodik einer definitiven (Alessandri u. Chiavaro) 339.
—, Resektion von 3/4 des, auf oralem Wege (Alessandri u. Chiavaro) 339.
—Speicheldrüsengegend, halbseitige angeborene Hypertrophie der, lymphangiomatösen Ursprungs (Rocher) 98.
—, anatomische Veränderungen bei Stellungsanomalien der Zähne (Hauptmeyer) 569.
Unterleibsbrüche s. Hernien.
Unterlippe, Krebs der (Ryfkogel) 422.
—, Seborrhöe der, und ihre Beziehung zum Epitheliom (Montgomery) 254.
Unterschenkel-Amputation (Franke) 136.
—Brüche, Behandlung mit dem Delbetschen Gehverband (Pellot u. Pizon) 96.
—, Fracturen des (Clermont) 391; (Walther) 632.
—Fractur, Lambretscher Apparat bei (Walther) 712.
—, Mißbildung (Morestin) 198.
Uranostaphyloplastik, Technik der (Helbing) 64.
Ureter, akzessorischer (Pawloff) 658.
—, Anatomie, Pyelographie (Immelmann) 607.
—Anomalie, kongenitale (Rolleston) 608.
—, Apparat zur Injektion und Spülung des (Thomas) 178.
—Ausschaltung, Nephrectomie (Pérard) 609.
—, Beziehung zur oberen Beckenwandung (Chalier u. Murard) 80.
—Blasenklappe, Wirkungsweise der (Draper u. Braasch) 123.
—, doppelter rechter (Juvara) 375.
—, partieller Ersatz durch eine isolierte Darmschlinge (Melnikoff) 161.
—, hochgradige Erweiterung des (Alglave u. Papin) 608.
—, Geschwülste des (Cumston) 160.
—Katheterismus durch Cystoskopie „à vision directe" (Ferron) 470.
—Katheterismus, renale Hämaturie, verschwunden nach (Furniss) 160.
—Mündung, Möglichkeit der Spaltung der, beim Menschen (Draper u. Braasch) 123.
—Naht, Methoden (Melnikoff) 161.
—und Nierenbecken-Tuberkulose (Hartmann) 472.
—Abschnitt, plastische Operationen am oberen (Eliot) 471.
—Sonden, Apparat zur mechanischen Einführung von (Bazy) 332.
—, Steine im (Smith) 304.
—Steine, Bericht über 110 Fälle von (Watson) 124.
—Steine, eingekeilt in der Blasenmündung, durch Fulguration befreit (Furniss) 162.
—Steine, Röntgendiagnose der (Eastmond) 832.
—Steine, Therapie (Voelcker) 657.
—, doppelte kongenitale Striktur des (Lower) 228.
—Verschluß (Tenney) 609.
Urethan-Narkose (Keppler u. Breslauer) 16.
Urethra, hintere, Corpora amylacea im endoskopischen Befunde der (Loose u. Steffen) 659.
—Carcinom, primäres, der Fossa navicularis (Ottow) 196.
Urethra-Defekt, Ersatz durch die Vena saphena (Mühsam) 769.
—Defekt, Ersatz durch den Wurmfortsatz (v. Angerer) 834.
—, Pollakiurie als Symptom einer kongenitalen Enge der (Ducastaing) 229.
—Erkrankungen, Studium der (Roncayrol) 661.
—, Fremdkörper der (Hautefort) 307.
—, männliche, Fremdkörper in der (Häuer) 613.
—, Geschwulst der (Loumeau) 196.
—, retrograde Katheterisation der (Cumston) 230.
—, seltene Mißbildung (Veau u. Montet) 307.
—, Penisteil der, verletzt durch Schwefelsäure (Michon) 307.
—Plastik (Kljutscharew) 768.
—, Plastik der, bei Ectopia vesicae (Kielkiewicz) 706.
—Resektionen, ausgedehnte, primäre Heilung (Eugen) 768.
—, Röntgenuntersuchung der (Thévenot u. Beaujeu) 834.
—, Stein eingekeilt in die (Fabre) 477.
—, Steine eingeklemmt in die (Rutherfoord) 307.
—Stein bei Bilharziakrankheit (Pfister) 196.
— und periurethrale Steinbildung (Pederson) 528.
—Strikturen (Portner) 307.
—Strikturen, angeborene, (Riedel) 767.
—Striktur, angeborene, der Pars posterior (Heinecke) 163.
—Strikturen, Dammfisteln im Anschluß an (Lothrop) 382.
—Strikturen, Dilatation der (Guiard) 708.
—Strikturen, kongenitale (Frank) 768.
—Strikturen, Erweiterung von (Schley) 382.
—Strikturen, enge, Excision und Naht (Cumston) 834.
—, Striktur, undurchgängige, der Pars bulbomembranacea der (Deaver) 163.
—, Strikturen, äußere und innere Urethrotomie bei engen, der (Bucklin) 195.
—Zerreißungen, totale (Hofmann) 307.
Urethroskopie, Beleuchtungsapparat mit Linse und Rheostat für (Pedersen) 332.
—, klinische Bedeutung (Oberländer) 477.
Urethrotomie, äußere und innere, bei engen Strikturen der Harnröhre (Bucklin) 195.
Urin-Fisteln, Behandlung mittels Operation nach Marion (Pulido) 707.
— bei Hodentuberkulose, Tuberkelbacillenbefunde im (Löwenstein) 617.
—Inkontinenz infolge Zerreißung des Blasenschließmuskels (Brickner) 612.
—, Koliinfektion des (White) 124, 705.
—Reaktion nach Camidge (Deaver) 303.
— Tuberkulöser, Weißsche Reaktion [Permanganatprobe] im (Vitry) 194.
Urogenital-Apparat, Mißbildungen des (Juvara) 375.
—Apparat, Tuberkulose des, Diagnose durch mikroskopische Untersuchung des Harnsediments (Brandeis) 380.
—Apparat, Infektion durch Micrococcus catarrhalis (Siter) 617.
—Apparat, Fortschritte in der Röntgendiagnose des (Stewart) 656.
—System, seltene Mißbildungen im, bei persistierender wahrer Kloake (Martius) 111.

Urogenital-Tuberkulose (Thompson) 305.
——Tuberkulose, Infektionswege der (Walker) 379.
Uterus-Carcinom (Lehmann) 197.
——Carcinom, cystoskopische Untersuchung bei (Cruet) 480.
——Carcinom, Elektrokoagulation bei der chirurgischen Behandlung des (Abel) 285.
——Carcinom, Bedeutung der Untersuchung der Harnorgane bei (Violet u. Murard) 839.
——Carcinom, ausgedehnte abdominale Radikaloperation (Weibel) 530.
——Carcinom, Wundversorgung bei der Radikaloperation (Bumm) 164.
——, Fremdkörper des (Kastanaeff) 530.
—— puerperalis, Inversion des, operative Behandlung der akuten (Nyhoff u. Mesdag) 709.
——Myome, Radiotherapie der (Calatayud Costa) 277.
——, Röntgenstrahlen für die Behandlung der Myome des (Straßmann) 47.
——Ruptur in der Schwangerschaft, Fall von spontaner (Beyer) 83.
——, Studium des gleichzeitigen Vorkommens von Tuberkulose und Krebs des (Guillou) 241.
——, Venenentzündung bei Geschwülsten des (Duvergey) 388.
Utrikel, prostatisches, intermittierende Pyurie infolge von Infektion des (Underhill) 660.

Vaccine-Injektion zur Diagnostik bei Gonococcen-Erkrankungen (Fronstein) 781.
———, von Patienten gewonnene, zur Heilung von Pruritus ani 157.
—Präparat Gonargin (Schumacher) 839.
— von Staphylococcen, Modifikation des (Wolfsohn) 138.
Vagina, Bildung einer künstlichen, durch Darmverpflanzung (Stewart) 481.
—, primäre maligne Tumoren der (Virenque) 620.
Vagusabschnitt, intrathoracaler, Cocainisierung (Heller) 745.
Varicen-Behandlung (Vaquié) 85.
— und Hämorrhoiden (Joanin) 464.
— am Unterschenkel bei Japanern, operativ behandelt (Miyanchi) 535.
Varicöse Erweiterung der Vena saphena, eine Cruralhernie vortäuschend (Marchetti) 845.
Varicöser Symptomenkomplex, Therapie des (Fritsch) 166.
Varicöses Geschwür mit Radium behandelt (Rodriguez) 712.
Varix dissecans bei Verschluß der Cava inferior infolge innerer Verletzung (Shattock) 359.
Vas deferens im Röntgenbild (Belfield) 616.
Vasektomie bei inoperablem Prostatacarcinom (Tytgat) 615.
Vegetationen, gutartige, im Larynx, Röntgentherapie (Gray) 256.
Vena cava, Neoimplantation der Vena renalis in (Jeger u. Israel) 158.
— cava inferior, Anomalie der (Johnston) 72.
— cava inf., Einpflanzung der Vena mesenterica sup. in die, bei Lebercirrhose (Bogoras) 226.
— cava inferior, ersetzt durch frei transplantierte Vena jugularis externa (Jeger u. Israel) 584.
— cava inferior, Obliterationen der (Hébrard) 583.
Vena cava superior, Fall von Verlegung der (Gossage) 218.
— jugularis externa, frei transplantiert zum Ersatz der Vena cava inferior (Jeger u. Israel) 584.
— jug. int., Otogene seröse Meningitis mit septischer Thrombose der (Stockdale) 25.
— jugularis interna mit Sinus petrosus superior verbunden durch Anastomosenkanal (Valois u. Vinon) 678.
— jugularis-Unterbindung bei otogenen Pyämie en (Rosenblat) 504.
— mesenterica sup., Einpflanzung in die Vena cava inf. bei Lebercirrhose (Bogoras) 226.
— renalis, Neoimplantation in die Vena cava (Jeger u. Israel) 158.
— saphena zur Dauerdrainage des chronischen Ascites (Dobbertin) 446.
— saphena, Harnröhrendefekt ersetzt durch die (Mühsam) 769.
— saphena, Totalexstirpation bei Varicenbehandlung (Fritsch) 167.
— saphena, varicöse Erweiterung der, eine Cruralhernie vortäuschend (Marchetti) 845.
— saphena magna, Einnähung in die Art. tibialis post. (Perimow) 231.
Venen-Anastomose (Vena renalis und Vena cava) (Jeger u. Israel) 158.
—Entzündung s. Phlebitis.
—Naht s. Gefäßnaht.
—Punktionskanüle (Jessner) 416.
— des Rachens, Entzündung der (Stuart-Low) 423.
Ventralhernien s. Hernia ventralis.
Ventrifixur der Ligamenta rotunda unter subperitonealer Durchleitung durch die Ligamenta lata (Dührssen) 129.
Ventrikel, dritter, Kolloidtumoren des, mit tödlichem Ausgang (Hall) 180.
—, vierter, partielle Entfernung des Kleinhirnwurms wegen Geschwulstbildung unter Eröffnung des (Oppenheim u. Krause) 419.
Verbände, feuchte, bei akuten Erkrankungen (Herz) 499.
—, durchsichtiger (Le Filliatre) 499.
Verbrennung, Contractur des Oberschenkels, Folge einer (Moreau) 630.
Verbrennungen des Magens durch Säure (Delore u. Arnaud) 817.
— durch Röntgenstrahlen (de Puelles u. Ruiz) 727.
—, Spättodesfälle nach (Caforio) 671.
Verbrennungstod, Versuche über die Ursachen (Heyde u. Vogt) 538.
Verdauungstractus, Diagnose von Fremdkörpern im (Hirsch) 691.
—, Einfluß verschiedener Kontrastmittel auf die Bewegung des (Groedel) 750.
—, Narkose durch den (Dubois) 96.
Verdauungswege, Röntgenuntersuchung der (White) 814.
Verengerung, angeborene, des Pylorus (Marfan u. Baudouin) 267.
Verfettung, allgemeine, bei Zirbeldrüsenerkrankungen (Marburg) 23.
Vergiftung mit chirurgischer Wismutpaste 92.

Verletzungen, frische, Behandlung mit Bewegung und Massage (Mennell) 142.
— des Hodens im Gefolge von Samenstrangverletzungen (Herrmann) 128.
— des Schädels (Berard) 417.
Verrenkung s. Luxation.
Verschluß des Dünndarms, angeborener (Perrin) 452.
Verwundungen, in Konstantinopel während des Balkankrieges beobachtet (Tartois) 14.
Vicq d'Azyrsche Operation, Geschichte der (Tandler) 181.
Vincentsche Symbiose, Salvarsanbehandlung geschwüriger Prozesse veranlaßt durch (Assmy u. Kyritz) 636.
Volkmann, ischämische Lähmung nach (André-Thomas) 710.
Volkmannsche Krankheit (Duhot, Pierret u. Verhaeghe) 666.
Volvulus des Coecums (Wrigley u. Moritz) 190.
—, Coecum-Dünndarm-, in eingeklemmter Hernie (Syring) 113.
— des Dünndarms (Lésniowski) 652.
— des Dünndarmes nach einer diagnostischen Baryummahlzeit (Fairise u. Caussade) 818.
— des ganzen Dünndarms, des Coecums und Colon ascendens bei Mesenterium ileocoecale commune (Zahn) 596.
— des Hodens (Soschtschin) 708.
— des Magens, partieller (Orth) 590.
— des S Romanum (Michelsson) 826.
Vomer, maligne Geschwülste des (Labouré) 64.
Vorderarm, Pro- und Supination des, bei Verletzungen (Destot) 165.
—Synostose, kongenitale (Maass) 533, 844.
Vulva, Elephantiastische Tuberkulose der (Daniel) 47.

Wachstum von Gewebskulturen im Glase (Dilger) 89.
Wadenbein, angeborener Defekt (Tecqmenne) 310.
Wärmeregulierung beim normalen und dem durch Gehirnreizung hyperthermisch gemachten Kaninchen (Walbaum) 792.
Wärmestich, Wärmeregulation beim Kaninchen, hyperthermisch gemacht durch (Walbaum) 792.
Wanderniere (Plummer) 122; (Tenani) 471.
—, Blutung in einer (Caspari) 228.
— und unstillbares Erbrechen (Munoz) 705.
—, Henkelkorboperation bei (Henschen) 612.
— und Henkelkorboperation (Werelius) 527.
—, Massagebehandlung der (Dewaerseggers) 377.
—, Statistik und Ätiologie (Neustab) 526.
—, Untersuchung mittels X-Strahlen (Alexander) 160.
Wange, halbseitige angeborene Hypertrophie der, lymphangiomatösen Ursprungs (Rocher) 98.
Wangen-Aktinomycose, primäre (Zilz) 792.
—Gegend, Autoplastik der (Lefèvre) 563.
—Plastik (Chavannaz u. Lefèvre) 292; (Lerda) 254.
—Schleimhaut, Ersatzmethode (Schmieden) 563.
Wasserätiologie des Kropfes und des Kretinismus (Kutschera) 345.
Wassermannsche Reaktion s. a. Cerebrospinalflüssigkeit.
Wassermannsche Reaktion an Leichen (Abrikossow) 783.
— Reaktion und Pagets Knochenkrankheit (Lesné) 234; (Souques) 234; (Souques u. Vallery-Radot) 171.
— Reaktion bei Raynaudscher Krankheit (Gaucher, Gougerot u. Meaux Saint-Marc) 400.
— Reaktion bei malignen Tumoren (Brüggemann) 239.
Wasserstoffsuperoxyd bei Laparotomien (v. Herff) 185.
—Präparat, Ortizon in fester Form (Strauß) 289.
Weberscher Symptomenkomplex, Hydrocephalus idiopathicus unter der Maske des (Couto) 22.
Wechselbäder bei beginnender arteriosklerotischer Gangrän (Borchardt) 316.
Weißsche Reaktion im Urin Tuberkulöser (Vitry) 194.
Wernickesche Tastlähmung nach einer Hirnschußverletzung (Sztanojevits) 566.
Whiteheadsche Operation der Hämorrhoiden (Noland) 463.
Wietingsche Operation s. a. Gefäßanastomose.
— Operation und der reduzierte Blutkreislauf (Oppel) 531.
Wintersport, Verletzungen beim (Bernhard) 497.
Wirbelcaries, Osteoplastik bei (Kelley) 66.
Wirbelsäule, Bruch der (Descamps) 255.
—, angeborener partieller Defekt (Stauffer) 425.
—, fötale Entwicklungsstörungen (Falk) 740.
—Erkrankung, traumatische (Malling) 104.
— des Halses, Sarkom der (Jourdan u. Economos) 341.
—, Messung und Darstellung der pathologischen Verkrümmungen der (Vital-Badin) 677.
—, Osteoarthropathie der (Jones) 426.
—Verbiegung s. Scoliose und Kyphose.
Wirbelspalte, kongenitale, mit Verdoppelung des Coecums und des Wurmfortsaztes (Läwen) 583.
Wismuthpaste zur Behandlung von Becken-Mastdarmfisteln (Crookall) 464.
—, chirurgische, Vergiftung mit. 92.
Wismuthvergiftung, akute, von der Bauchhöhle aus (Pape) 587.
Wismuthzubereitung für die radioskopische Magenuntersuchung (Réchou) 300.
Witheheadsche Excision der Hämorrhoiden (Hadda) 600.
Wrightsche Vaccination in Verbindung mit Operation zur Heilung der Otorrhöe (Labouré) 569.
Würmer, Ileus bedingt durch (Rybak) 264.
Wund-Antisepsis, rationelle (Pech) 415.
—Behandlung, moderne, mit Bolusverbandpaste (Liermann) 676.
—Behandlung, peritoneale (Kamver) 692.
—Behandlung mit Zucker (Magnus) 331, 790.
—Diphtherie und Wunddiphtheroid (Züllig) 202.
—Rose, latente (Schlesinger) 92.
—Versorgung, erste, im Felde (Hammer) 175.
Wunden, Sterilisation von (Clarke) 790.
Wurm des Kleinhirns, partielle Entfernung wegen Geschwulstbildung unter breiter Eröffnung des 4. Ventrikels (Oppenheim u. Krause) 419.
Wurmfortsatz s. Appendix.
—Entzündung s. Appendicitis.

X-Strahlen s. a. Röntgenstrahlen.
—, Wirkungen der hohen Dosen der harten durch Filtration gewonnenen (Nogier u. Regaud) 21.
Xanthinsteine im Röntgenbild (Immelmann) 607.

Zahn, Allgemeininfektion ausgehend vom (Plicque) 53.
— Caries, Pathogenese der (Feiler) 423.
—Cyste bei einem 11 jährigen Kinde (Brau-Tapie) 254.
—, anatomische Veränderungen des Unterkiefers bei Stellungsanomalien (Hauptmeyer) 569.
—Wurzelresektion mit gleichzeitiger Eröffnung der Kieferhöhle bei akuten Empyemen dentalen Ursprunges (v. Bleiweis) 339.
Zehen, Doppelmißbildungen der (Gebhardt) 664.
—Phalanx, Ersatz von (Goebel) 310.
—, Verletzungen und traumatische Erkrankungen der (Waibel) 488.
Zeigefinger, Luxation nach rückwärts der Endphalange des (Labeau) 232.
Zellen, Leben außerhalb des Organismus (Hédon) 3.
Zentralnervensystem, operative Therapie der Lues des (Schoenborn) 642.
—, Einfluß operativer Heilung peripherer Erkrankungen auf (Ruggi) 50.
—, syphilogene Erkrankungen des (Nonne) 336.
Zentralwindung, vordere und hintere, elektrische Erregbarkeit der (Lewandowsky u. Simons) 147
Zerreißung s. Distorsionen.
Zinkion in der Behandlung lokalisierter Infektionen (Marquès, Madon u. Pech) 139.
Zinkleim, Verband bei Varicenbehandlung (Fritsch) 166.
Zirbeldrüse (Kidd) 501.
Zirbeldrüse, anatomische Studie über (Polvani) 794.
—Erkrankung (v. Bonin) 101; (Marburg) 23.
—, histologischer Bau der (Walter) 679.
Zirbelsymptome (Marburg) 23.
Z-Plastik zur Beseitigung von Narbencontracturen (McCurdy) 316.
Zucker bei Diabetikern, Verschwinden nach Entfernung von Tumoren (Manges) 671.
—Einläufe, rectale, bei Acidose (Levison) 314.
—, Wundbehandlung mit (Magnus) 331, 790.
Zugverbände mit Trikotschlauchbinden (Arnd) 21.
Zungen-Basis, aberrierender Thyreoidtumor an der (Howarth) 254.
—, maligne Erkrankung der (Abbe) 682.
—Hypertrophie durch Lymphangiom (Rocher) 98.
—Krebs (Ryall) 681.
—Krebs im jugendlichen Alter (Gorse u. Dupuich) 644.
—Krebs als Folge von Epidermolysis bullosa (Klausner) 571.
—Lupus der (Harms) 571.
—, Lymphgefäße der (Aagaard) 423.
—, Phlegmonen der, und Angina Ludovici (Kutvirt) 505.
—Speicheldrüse, mumpsartige Erkrankungen der (Hegler) 571.
—Tuberkulose (Gerschun) 214.
—Verwachsung infolge von Schußverletzung (Bar) 60.
Zuppingersche Methode zur Fracturenbehandlung (Turner) 497.
Zwerchfell s. Diaphragma.
—Resektion s. a. Diaphragma.
—Resektion (Oppel) 514.
Zwergwuchs mit osteo-muskulärer Dystrophie (Tixier u. Röderer) 317.
— bei Kindern eines Syphilitikers (Köhler) 238.

